

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE ^{N°} 527

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par **Félix PASQUIER**

Né à Domérat (Allier) le 23 avril 1873.

— ** —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE

L'OSTÉOMYÉLITE DE L'OS ILIAQUE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : } MM. GRANCHER, professeur.
WURTZ et LANGLOIS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

527

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 juillet 1900, à 1 heure

Par Félix PASQUIER

Né à Domérat (Allier) le 23 avril 1873.

— ** —

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE

L'OSTÉOMYÉLITE DE L'OS ILIAQUE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : { MM. GRANCHER, professeur.
WURTZ et LANGLOIS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DEBOVE.
		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS PARENTS

*Je n'oublie pas ceux qui viennent de partir
et qui ont tant pensé à moi.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'OSTÉOMYÉLITE DE L'OS ILIAQUE

INTRODUCTION HISTORIQUE

Ayant eu l'occasion, sur la fin de nos études médicales, de voir dans le service du Dr Jalaguier aux Enfants Assistés un cas d'ostéomyélite de l'os coxal chez un jeune enfant de deux ans, nous avons pu nous rendre compte de la difficulté du diagnostic de cette affection dans ce cas particulier qui fut pris pour une coxo-tuberculose, puis pour un ostéo-sarcôme et qui resta en suspens jusqu'à la ponction exploratrice qui vint lever les doutes en décelant le staphylocoque, nous avons cru faire œuvre utile en entreprenant à ce sujet la modeste monographie que nous présentons aujourd'hui comme thèse inaugurale.

L'étude clinique de cette affection nous a plus particulièrement séduit parce que nous ne l'avons guère trouvée nulle part ni sur l'ostéomyélite des os courts en général, ni sur l'ostéomyélite de l'os coxal en particulier et aussi

parce que le clinicien n'a guère à s'appuyer que sur elle pour faire un diagnostic précoce pouvant amener un traitement utile et efficace. Enfin parce que l'étude anatomopathologique de cette affection a été faite dans divers traités d'une façon plus complète que nous ne saurions le faire ici.

Il est probable que cette affection fut souvent méconnue et confondue avec la plupart des tumeurs de la hanche, vers 1880 parurent quelques travaux sur ce sujet (1). M. le professeur Lannelongue attira aussi l'attention par quelques mémoires, et son élève Fleury fit, en 1886, sa thèse sur le sujet qui nous occupe. Nous verrons aussi les publications qui ont paru depuis lors. Mais avant de commencer ce travail, nous devons adresser à nos maîtres dans les hôpitaux tous nos remerciements pour les conseils et les leçons qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer dans nos études.

Que Monsieur le professeur Cornil veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

1. Pion, 1880. Weiss, 1880, thèses de Paris.

DIVISION

Nous ne considérerons dans notre travail l'ostéomyélite de l'os coxal qu'au point de vue clinique, nous laisserons par conséquent de côté l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement de cette affection.

Dans un premier chapitre, nous étudierons les symptômes de l'ostéomyélite de l'os coxal en général en prenant trois types correspondant successivement à :

L'ostéomyélite de l'ilium,

L'ostéomyélite du pubis,

L'ostéomyélite de l'ischion.

Dans un deuxième chapitre nous passerons rapidement en revue les principales formes que peut revêtir l'affection qui nous occupe, les complications de cette affection feront l'objet d'un troisième chapitre.

Dans un quatrième chapitre, nous étudierons avec détails le diagnostic de l'ostéomyélite de l'os iliaque, diagnostic, comme nous le verrons, souvent très délicat à établir. Enfin nous terminerons l'ostéomyélite de l'os iliaque par quelques considérations sur le pronostic de cette redoutable affection.

CHAPITRE I

Symptômes de l'ostéomyélite de l'os iliaque.

Nous prendrons tout d'abord comme type de notre description clinique l'ostéomyélite de l'os iliaque de beaucoup la plus fréquente : nous voulons dire l'ostéomyélite de l'ilium lui-même. Quant à l'ostéomyélite du pubis et de l'ischion nous nous contenterons d'en résumer la symptomatologie en quelques mots.

Nous considérerons successivement en ce qui concerne l'ostéomyélite de l'ilium trois périodes :

Une période de début pendant laquelle la tuméfaction n'est pas encore constituée.

Une période d'état ou de tuméfaction. Enfin une période de terminaison : soit terminaison fatale par cachexie et hecticité soit au contraire de guérison définitive.

A. — Période de début.

Le début de l'ostéomyélite de l'ilium est tantôt brusque tantôt lent et insidieux.

Quand il est brusque, il se caractérise par l'existence

d'une douleur vive, siégeant au niveau de la hanche, habituellement un peu en avant de l'articulation sacro-iliaque, plus rarement au niveau de la fosse iliaque interne, cette douleur contusive, pulsatile, est dans certains cas tenace et rebelle à tout traitement ; dans certains cas, au contraire, intermittente et survenant sous forme de crises plus ou moins violentes :

D'autres fois le début est moins subit et alors le malade se plaint tout d'abord d'une sensation de raideur et d'engourdissement au niveau de la hanche accompagné de picotements, de fourmillements et très souvent de soubresauts musculaires.

Ces différents symptômes déjà fort désagréables pour le malade, persistent habituellement très peu de temps : un jour ou deux, et ne tardent pas à céder la place aux phénomènes douloureux.

Nous avons dit plus haut que dans l'ostéomyélite de l'Ilium, la douleur siégeait le plus souvent au niveau de la hanche, un peu en avant de l'articulation sacro-iliaque, un peu au-dessous de la crête iliaque, mais cette douleur ne reste pas localisée elle irradie, et ses irradiations principales se font soit en bas vers la face postérieure de la cuisse dans le domaine du sciatique soit en haut et en arrière vers la région lombaire, soit en avant et en bas, vers la région inguino-crurale. Quoiqu'il en soit, la douleur, qu'elle soit continue, ou qu'elle survienne sous forme de crises, est exaspérée par la moindre fatigue et même par le moindre mouvement, elle est profonde, et il n'est pas rare de la voir survenir après un traumatisme

quelconque soit par exemple une chute ou encore un choc violent.

Souvent les phénomènes douloureux s'accompagnent dès leur début d'une sensation de gêne extrême dans les mouvements de la cuisse et même de claudication.

Un peu avant ces signes locaux et souvent en même temps qu'eux se montrent les phénomènes généraux de l'ostéomyélite de l'os iliaque, communs d'ailleurs à toutes les ostéomyélites.

C'est d'abord le frisson, tantôt intense, unique et prolongé, tantôt au contraire, survenant par accès en frissonnements répétés. La fièvre est très vive, la température peut atteindre 40, 41 degrés et plus, en même temps il y a une agitation fréquente et quelquefois extrême surtout la nuit, enfin, le malade délire plus ou moins furieusement suivant les cas.

Au bout de quelques jours, ces phénomènes atteignent leur maximum d'intensité. A ce moment, le visage est pâle, abattu, les yeux excavés, cerclés de noir, la langue sèche, la soif ardente et la température reste au dessus de 40 degrés.

L'importance relative des phénomènes généraux et des phénomènes locaux est assez variable suivant les cas : tantôt ce sont les phénomènes locaux qui attirent surtout l'attention, les phénomènes généraux étant relégués au deuxième plan, tantôt au contraire, ce sont les phénomènes généraux qui dominent la scène et le clinicien croit se trouver en présence d'une maladie infectieuse générale telle que la fièvre typhoïde comme nous le verrons tout à l'heure à propos du diagnostic.

B. — *Période d'Etat.*

Au bout d'un temps variable suivant les cas, apparaissent les signes physiques de l'ostéomyélite de l'os coxal, ce sont ces signes physiques qui caractérisent surtout la période d'état.

a) *Inspection.* — La région fessière est la région qui est le plus souvent le siège de la tuméfaction: celle-ci au début apparaît d'abord comme mal limitée: elle n'a pas beaucoup de tendances à remonter, mais en revanche presque toujours elle descend peu à peu de la partie supérieure de la fesse vers la racine de la cuisse. Le volume de cette tuméfaction est des plus variables: le plus souvent, cette dernière n'atteint pas supérieurement la crête iliaque, mais en bas elle peut s'étendre assez loin et envahir plus ou moins considérablement la partie supérieure et postérieure de la cuisse.

En avant, elle ne dépasse pas le bord postérieur du grand trochanter; en arrière et en dedans au contraire elle s'étend plus ou moins loin derrière le sacrum jusqu'au voisinage des gouttières sacrées. La peau est mince, distendue, quelquefois sa coloration reste normale, mais le plus souvent elle est légèrement rouge ou rosée. Certains auteurs ont beaucoup insisté sur un signe important dont la valeur a été cependant niée par d'autres: nous voulons parler des veines superficielles de la région qui sont extrêmement dilatées et qui forment un riche réseau sillonnant la peau dans toute l'étendue de la tumeur.

L'impotence du membre inférieur apparaît le plus sou-

vent à cette période et quelquefois commence à la fin de la période précédente, elle peut se manifester tantôt sur l'extension de la jambe qui est absolument rigide et qui ne permet plus au malade de s'asseoir, tantôt par un certain degré de flexion de la cuisse sur le bassin, dans ce dernier cas, il faut invoquer surtout ici la contraction réflexe du psoas iliaque qui empêche les mouvements d'extension à cause précisément de la douleur que ceux-ci déterminent. Il va sans dire naturellement que la claudication est encore plus constante et plus marquée qu'à la période précédente.

Quand l'ostéomyélite au lieu de siéger à la face externe de l'os costal comme nous venons de le décrire dans le chapitre précédent, siège à la fosse iliaque interne, la tuméfaction passe le plus souvent inaperçue, ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on pourra constater au niveau de la fosse iliaque interne une tuméfaction dont la nature sera le plus souvent inconnue et qui sera confondue presque toujours, soit par exemple avec une appendicite, soit avec une psoïte, soit avec un abcès périnéphrétique.

Palpation. — Dans toute l'étendue du gonflement la peau est chaude, très douloureuse, on constate que le doigt qui explore fait apparaître un œdème.

La palpation permet seule de reconnaître l'empâtement surtout quand il siège au niveau de la fosse iliaque interne où comme nous l'avons déjà dit, la plupart des symptômes de l'ostéomyélite manquent.

Quoiqu'il en soit, en explorant méthodiquement, doucement et minutieusement la région iliaque on y trouve

une masse pâteuse et douloureuse d'une largeur très variable suivant les exemples et *faisant manifestement corps avec l'os*. Si l'on explore soigneusement avec les mains la région malade, on trouve presque toujours un point particulièrement douloureux au niveau de l'os iliaque.

Dans certaines observations ce point correspond à peu près à l'épine iliaque artéro-supérieure, d'autres fois à son bord antérieur, d'autres fois encore à la partie postérieure de la crête iliaque ou à la partie antérieure de l'os coxal.

Cette recherche du point douloureux a une importance particulièrement considérable lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéomyélite de l'os coxal siégeant au niveau de la fosse iliaque interne, car il constitue alors un élément du diagnostic très important comme nous le verrons tout à l'heure.

Au niveau de la tuméfaction, le palper ne révèle tout d'abord qu'un empâtement vague et très profond; un peu plus tard, cet empâtement devient de plus en plus manifeste et un beau jour, il fait place à une véritable fluctuation. Celle-ci se montre assez rapidement chez les tout jeunes enfants pour deux raisons : d'abord à cause de la moins grande épaisseur des parties molles, et ensuite à cause du peu de résistance de celles-ci qui sont incapables de former une barrière au pus. C'est pour cette raison aussi que chez tous les jeunes enfants le pus ne tarde pas à fuser des parties profondes presque sous la peau pour venir faire saillie soit de préférence au niveau du bord inférieur des fessiers lorsqu'il s'agit d'une ostéomyélite de la face externe de l'ilium, soit à la face antérieure de

la cuisse en dedans des vaisseaux dans le cas d'ostéomyélite de la face interne du même os. C'est alors le muscle posas-iliaque ou plutôt sa gaine qui le plus souvent sert de voie conductrice pour le pus.

Chez l'adulte la fluctuation très nette est extrêmement tardive et ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'on observe la migration indiquée chez les tout jeunes enfants. Enfin, il est de règle de rencontrer un engorgement ganglionnaire plus ou moins accusé qui a envahi la région inguinale en même temps, et même avant que la tumeur n'ait fait son apparition.

Percussion. — La percussion ne nous est d'aucune utilité dans le cas de tuméfaction siégeant au niveau de la fosse iliaque externe car alors toutes les parties avoisinantes sont également mates; il n'en est plus de même lorsque l'ostéomyélite a son point de départ au niveau de la fosse iliaque interne: il est alors possible en effet de délimiter nettement par la percussion une zone de matité plus ou moins étendue correspondant exactement à la collection purulente et bien distincte des parties abdominales avoisinantes au niveau desquelles la percussion ne révèle que de la sonorité.

Toucher rectal. — Le toucher rectal sur lequel les différents auteurs qui se sont occupés de notre sujet ont tous passé sans insister est cependant d'un bien grand secours sinon dans le cas d'ostéomyélite de la face externe, du moins dans le cas d'ostéomyélite de la face interne.

Pour cette dernière affection en effet, il est possible de se rendre nettement compte et de l'existence et du volume de l'abcès iliaque au moyen d'une sorte de palper bi-

manuel pratiqué d'une part par le doigt introduit dans le rectum et d'autre part par une main appliquée sur la paroi abdominale. Ce mode d'exploration particulièrement fécond comme nous venons de le dire chez les tout jeunes enfants a permis dans quelques cas à des cliniciens attentifs de diagnostiquer le siège et l'étendue de la lésion osseuse et d'éliminer la possibilité d'une autre affection analogue, en particulier de l'appendicite.

Ponction. — Les différentes méthodes d'exploration que nous venons de passer en revue sont souvent insuffisantes pour nous permettre d'affirmer à coup sûr non seulement le diagnostic de l'ostéomyélite de l'os coxal, mais même simplement l'existence d'une simple collection purulente : la ponction rejetée par certains auteurs comme dangereuse, acceptée par la très grande majorité comme inoffensive à la condition d'être aseptiquement pratiquée vient utilement compléter les renseignements qui nous ont déjà fourni les procédés d'exploration qui précèdent.

Elle peut et doit être pratiquée dans tous les cas où le diagnostic est incertain, il faut avoir soin au préalable de nettoyer soigneusement avec l'eau chaude, le savon et les solutions antiseptiques courantes la région tuméfiée ; de plus, il faudra rechercher soigneusement avant d'introduire le trocart le point au niveau duquel la fluctuation est le plus manifeste.

Le trocart devra être assez volumineux, son diamètre devra par exemple correspondre à celui de l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy. On devra avoir soin de l'enfoncer d'emblée assez profondément et jusqu'à ce qu'on n'éprouve plus de résistance notable. Dans le cas de collec-

tion purulente le pus s'écoule habituellement avec facilité, quelquefois cependant il est trop épais, et alors il est souvent nécessaire d'aspirer au moyen d'une seringue par l'embouchure du trocart pour voir apparaître le pus.

Celui-ci est habituellement jaune verdâtre, granuleux et assez épais, quelquefois il est rougeâtre et sanguinolent, d'autres fois noirâtre : son odeur est nulle ou insignifiante dans le cas d'ostéomyélite de la face externe, au contraire quand l'abcès provient de la fosse iliaque interne, il a quelquefois une odeur stercorale fade et repoussante.

Si l'on ensemence ce pus, on constate que les microbes habituellement dominants sont le streptocoque ou le staphylocoque : « On y trouve constamment dit, M. le professeur Cornil, le micrococcus piogénès aureus ». Cultivé pendant une année entière, ce microbe reproduit la maladie qui nous occupe, injecté dans les veines d'un animal jeune, il provoque dans les os le travail pathologique qui le caractérise sans même qu'il y ait eu au préalable de fracture ni de contusion » (1).

Dans quelques cas exceptionnels, soit à cause de l'épaisseur du pus, soit à cause de la petitesse de la collection, la ponction ne donne aucun résultat elle est dite « blanche ». Il ne faut pas alors s'arrêter à ce procédé de diagnostic et pour peu qu'il reste quelque doute il faut pratiquer hardiment la ponction au bistouri, celle-ci ne sera d'ailleurs autorisée que quand tout aura été préparé pour une intervention immédiate.

Les signes fonctionnels et les signes généraux de cette

1. Fleury. Th. de Paris, 1886.

période sont à peu près les mêmes qu'à la période précédente, mais ils sont beaucoup plus constants et beaucoup plus intenses : la douleur habituellement continue, présente des exacerbations atroces qui surviennent sous l'influence du moindre mouvement et quelquefois même spontanément : le membre inférieur correspondant est plus que jamais impotent et habituellement immobilisé en flexion légère sur le bassin avec abduction et rotation externe ; la température continue à atteindre 40° le soir, mais présente souvent des rémissions matinales assez marquées.

L'agitation, le délire sont presque de règle, enfin, le teint est pâle terreux et le malade se trouve dans une stupeur et un abattement qui au premier abord feraient surtout penser à la fièvre typhoïde.

C. — *Période de fistule.*

Exceptionnellement lorsque l'abcès n'est pas considérable, il peut y avoir même sans intervention chirurgicale résorption. Mais dans la très grande majorité des cas, au bout d'un temps plus ou moins long, l'abcès s'ouvre et alors l'ostéomyélite revêt un aspect clinique spécial suivant l'endroit où se fait l'ouverture.

Lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal, l'abcès vient très souvent s'ouvrir à la partie inférieure de la région fessière au niveau du bord inférieur du grand fessier. Plus rarement, l'abcès fuse le long de la face interne de la cuisse et vient s'ouvrir à une hauteur variable de cette face interne, le plus sou-

vent vers sa partie supérieure, enfin très rarement le pus provenant de la fosse iliaque externe pénètre par l'échancrure sciatique dans le bassin.

Dans le cas d'ostéomyélite de la face interne, le pus suit habituellement le muscle psoas iliaque et vient se collecter finalement soit au niveau de la région inguinale au dessus de l'arcade de Fallope soit au niveau de la partie interne du triangle de Scarpa, en dedans des vaisseaux fémoraux ; plus rarement, la collection purulente vient faire saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse après avoir passé par le trou obturateur.

Quant à l'ouverture de l'abcès dans la cavité péritonéale ou dans l'un quelconque des viscères abdominaux, exceptionnelle d'ailleurs, elle sera étudiée tout à l'heure à propos des complications.

Quelle que soit la région où s'ouvre la fistule, celle-ci présente presque toujours à peu près le même aspect : située au centre d'un infundibulum elle est généralement limitée par une peau mince, noirâtre et intimement unie aux parties sous-jacentes.

Si l'on introduit un stylet par l'orifice fistuleux, on arrive généralement avec la plus grande facilité sur un os rugueux, dénudé sur une étendue de dimensions variables, c'est là un signe physique fort important de l'ostéomyélite mais qui peut manquer et qu'il est difficile de mettre en lumière surtout quand l'affection siège au niveau de la fosse iliaque interne.

Après l'évacuation du pus, chirurgicale ou spontanée, les phénomènes généraux que nous avons étudiés tout à l'heure disparaissent presque instantanément : la fièvre

tombe, le pouls redevient normal, l'appétit reparaît et l'état général s'améliore rapidement. Parmi les signes fonctionnels, la douleur cesse également presque aussitôt l'établissement de la fistule, et si la gêne des mouvements persiste, elle est du moins très réduite.

Au bout d'un temps plus ou moins long, après ou sans élimination de séquestre, la fistule se ferme, malheureusement cette fermeture n'est généralement que provisoire. Après un répit variable, la plaie se rouvre et l'écoulement purulent recommence ; quelques malades n'ont pas la force nécessaire pour résister aux suppurations interminables de l'ostéomyélite et succombent aux progrès de la cachexie consécutive à la dégénérescence amyloïde des viscères. La plupart cependant résistent à leur mal, et au bout d'une période plus ou moins longue, voient leur fistule se fermer définitivement.

On peut alors constater au niveau de la région osseuse malade une exostose plus ou moins étendue et saillante dernier vestige de l'affection primitive.

CHAPITRE II

Formes de l'ostéomyélite de l'os coxal.

Elles sont variables suivant le siège, suivant la marche, suivant l'âge.

a). — Suivant le siège.

Nous avons pris comme type de notre description l'ostéomyélite de l'ilium siégeant soit au niveau de la fosse iliaque externe, soit au niveau de la fosse iliaque interne nous n'avons donc pas à revenir sur cette première forme.

Dans l'ostéomyélite du pubis, les deux grands symptômes de l'affection qui nous occupe : la douleur et le gonflement font leur apparition habituellement à la face interne de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux ; la tuméfaction une fois constituée a une marche descendante et ne tarde pas à venir faire saillie plus ou moins bas au dessus de la racine de la cuisse au niveau du bord interne des adducteurs. Le toucher rectal fournit parfois des renseignements très précieux soit qu'il nous révèle en avant une collection nettement fluctuante, soit qu'il décèle un point extrêmement douloureux correspondant à l'insertion des adducteurs et qui est souvent le point de départ de tout le mal.

Dans l'ostéomyélite de l'ischion, la douleur spontanée ou provoquée siège tantôt au niveau de la partie moyenne du périnée, tantôt au niveau du bord inférieur de la fesse ; il est également possible de la provoquer par le toucher rectal en exerçant une pression sur la face interne de l'ischion ; quelquefois d'ailleurs cette méthode d'exploration nous révélera en même temps une fluctuation très nette au niveau du creux ischio-rectal.

b. — Forme suivant la marche.

Nous n'avons guère eu jusqu'ici en vue dans notre description clinique que l'ostéomyélite aiguë, mais en dehors de cette forme, qui est sans doute la plus fréquente, il existe des formes suraiguës, subaiguës et chroniques qu'il importe de connaître.

Dans la forme suraiguë, ce sont les symptômes généraux (fièvre, frissons, abattement, etc), qui dominent la scène, les symptômes locaux (douleur, tuméfaction) manquent très souvent ou en tous cas demandent à être cherchés attentivement : l'aspect général du malade est en somme celui d'un typhique et comme nous le verrons tout à l'heure à propos du diagnostic, l'erreur était autrefois souvent fatale : elle ne l'est plus aujourd'hui grâce au séro-diagnostic.

Dans la forme subaiguë au contraire les symptômes généraux sont presque nuls et ce sont surtout les phénomènes locaux qui attirent l'attention. Sans réaction fébrile ou avec une fièvre légère le malade se plaint d'une douleur assez vive au niveau de la région atteinte, et bientôt apparaissent les signes caractéristiques de la col-

lection purulente c'est-à-dire : la tuméfaction, la rougeur, l'empâtement et la fluctuation.

Enfin dans l'ostéomyélite chronique les phénomènes généraux manquent complètement, la douleur non plus n'est pas très marquée et lorsque le malade se présente au médecin, c'est simplement pour une tumeur molle plus ou moins volumineuse qui le gêne plutôt qu'elle ne le fait souffrir.

C. — *Forme suivant l'âge.*

Chez les enfants et chez l'adulte l'ostéomyélite revêt le plus souvent la forme aiguë ; chez les vieillards au contraire elle se présente fréquemment sous la forme subaiguë ou chronique enfin chez les sujets débilités c'est fréquemment la forme suraiguë, celle qui ressemble à la fièvre typhoïde qu'on observe.

CHAPITRE III

Complications.

Habituellement l'ostéomyélite reste localisée au niveau de l'os coxal. Quelquefois cependant il se forme des foyers secondaires sur un ou plusieurs autres os du squelette : l'humérus, le fémur, le tibia, le cubitus et le radius sont les os qui sont alors le plus souvent atteints.

Dès que la fistule est formée, l'abcès se vide habituellement assez facilement. Quelquefois cependant de vastes décollements se forment et alors on constate des signes de rétention : douleur, fièvre, etc., c'est surtout dans ce cas que la suppuration devient interminable et que le malade succombe par dégénérescence amyloïde.

L'infection purulente consécutive à l'ostéomyélite ne se produit guère que dans les cas où il n'y a pas eu intervention, ou du moins intervention précoce, cependant, on cite quelques cas exceptionnels, dans lesquels malgré une opération hâtive le malade a succombé avec les symptômes de l'infection purulente.

La fièvre présente alors de grandes oscillations caractéristiques, le faciès devient pâle, terreux, les yeux

s'excavent, la diarrhée survient, et bientôt arrive le coma terminal.

La propagation de l'inflammation ostéomyélitique aux articulations voisines c'est-à-dire coxo-fémorale et sacro-iliaque est assez fréquente : nous en rapporterons tout-à l'heure quelques observations. Dans ces cas, l'articulation envahie devient douloureuse, les mouvements deviennent impossibles, la fièvre apparaît en même temps qu'on constate au niveau de cette articulation les symptômes habituels de l'inflammation c'est-à-dire : rougeur, chaleur, tuméfaction ; ces arthrites d'origine ostéomyélitique se développent habituellement brusquement au cours d'ostéomyélites aiguës quelquefois cependant elles surviennent au cours d'une ostéomyélite à marche subaiguë et chronique et alors le clinicien doit examiner avec attention le mal s'il veut éviter la confusion avec la sacro-coxalgie et la coxalgie.

Ce sera surtout la connaissance de l'affection causale qui permettra de poser un diagnostic précis.

Les arthrites purulentes se terminent presque toujours par ankylose ; malheureusement cette ankylose se trouve rarement en bonne position : souvent il y a attitude vicieuse, et alors il faut qu'un chirurgien intervienne plus tard pour permettre grâce à une ostéotomie bien faite de remettre la jambe en bonne position c'est-à-dire : extension, adduction et rotation interne.

La phlébite de la veine iliaque du côté malade ne s'observe que dans des cas assez rares de l'ostéomyélite de la face interne de l'os coxal ou encore de l'ischion ou du pubis : elle se caractérise alors par de la douleur au

niveau de l'embolie, par de l'œdème du membre inférieur, dur, blanc et douloureux; ces symptômes sont donc en somme ceux de la phlegmatia : les phénomènes généraux dans les cas de phlébites sont variables : quelquefois à peine marqués ils sont au contraire d'autres fois intenses au point de masquer absolument les phénomènes locaux et de faire croire à une maladie infectieuse en particulier la fièvre typhoïde.

Les névralgies sciatiques n'ont été signalées qu'exceptionnellement aussi bien dans l'ostéomyélite de la face externe que dans celle de la face interne de l'os. Tantôt ces névralgies sont fugaces et disparaissent complètement au bout de quelques jours : ce sont des névralgies par compression ; d'autres fois elles sont persistantes, s'accompagnant d'atrophie musculaire : il ne s'agit plus alors de névralgies proprement dites, mais de véritables névrites dues à la propagation de l'inflammation au nerf sciatique. Nous avons vu les différents modes d'ouverture spontanée de l'ostéomyélite à propos des symptômes.

Nous nous contenterons seulement de rappeler ici que l'ouverture des abcès dans l'un quelconque des viscères abdominaux (intestin grêle, gros intestin, rectum, vessie) est absolument exceptionnelle.

L'ostéomyélite une fois guérie peut laisser à sa suite un certain nombre d'accidents qui sans être graves peuvent cependant gêner considérablement le malade. Nous avons déjà dit que plus haut que des arthrites secondaires étaient souvent le point de départ d'ankyloses en position vicieuse qui exigeaient une intervention spéciale ; d'autres fois sans ankylose vicieuse il n'est pas rare d'observer un certain degré

de flexion de la cuisse sur le bassin, dû alors à peu près certainement soit à des rétractions musculaires soit à des hyperostoses développées au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Ajoutons que ces hyperostoses peuvent dans certains cas siéger à la face interne de l'os coxal au niveau du détroit supérieur ; ce qui chez la femme pourra constituer plus tard une distocie spéciale qui pourra gêner considérablement et même rendre impossible l'accouchement.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic positif de l'ostéomyélite est ordinairement très facile lorsque les symptômes caractéristiques sont au grand complet. Une douleur profonde, fixe, rapidement survenue dans la région fessière, de la chaleur, de la rougeur, une tuméfaction siégeant au même niveau que la douleur et accompagnée de fluctuation ou tout au moins d'empatement; la fièvre enfin, tels sont les symptômes qui, lorsqu'ils existent tous simultanément permettent d'affirmer à coup sûr et d'emblée le diagnostic.

Mais souvent un certain nombre de symptômes caractéristiques manquent et alors le diagnostic devient très délicat. Dans ce cas, c'est surtout par voie d'élimination qu'il faudra procéder si l'on veut éviter une erreur.

A la période de début, la confusion sera souvent possible, quelquefois fatale avec les principales affections suivantes: Névralgie sciatique, coxalgie, sacro-coxalgie appendicite, névralgie du crural et même fièvre typhoïde. La confusion avec cette dernière affection est rarement possible grâce à l'existence des symptômes habituels de la fièvre typhoïde : céphalalgie, diarrhée jaune ocre, taches

rosées lenticulaires etc., cependant, comme nous l'avons déjà vu, il est des cas d'ostéomyélite dans lesquels les phénomènes généraux priment de beaucoup les phénomènes locaux : c'est surtout dans ces cas que le clinicien pourra commettre l'erreur et devra, comme signe de certitude, avoir recours au séro-diagnostic.

La confusion avec la sacro-coxalgie et la coxalgie sera le plus souvent facile à éviter par cette simple raison que dans ces affections les articulations sacro-iliaque et coxo-fémorale sont prises tandis que dans l'ostéomyélite au contraire elles sont respectées. Nous devons cependant mettre à part les cas dans lesquels l'ostéomyélite siège au voisinage de ces articulations qui peuvent être secondairement envahies (1) ; souvent alors, il sera impossible d'éviter l'erreur. Ajoutons enfin que dans la sacro-coxalgie et dans la coxalgie, il est rare d'observer les phénomènes fébriles qui sont presque de règle dans l'ostéomyélite.

Le diagnostic avec la névralgie sciatique sera le plus souvent très commode pour cette raison que la névralgie sciatique est une affection toujours apyrétique extrêmement et exclusivement localisée au niveau du point d'émergence du sciatique.

La confusion avec les différentes affections que nous venons d'énumérer n'est possible que dans les cas où l'ostéomyélite siège à la face externe de l'os coxal, mais quelquefois l'affection siège à la face interne et alors,

1. *Ostéomyélites de croissance, hydarthroses consecutives*. Louguon. Thèse de Paris, 1886. *Complications articulaires de l'ostéomyélite chez l'adulte*. P. Lauthier, Th. Paris, 1892.

c'est surtout l'appendicite et la psoïte qui pourront induire en erreur.

Un peu d'attention permettra généralement de dépister l'appendicite surtout lorsqu'elle se présentera avec ses trois grands symptômes : douleur fixe en un point précis de la fosse iliaque droite, vomissements, et constipation.

La douleur fixe peut se trouver, il est vrai dans certains cas d'ostéomyélite de la face interne, mais les vomissements et la constipation sont du cortège de l'appendicite.

La psoïte s'observe de préférence chez les individus jeunes et surmenés, ainsi que chez la femme, ordinairement à la suite d'un accouchement ou d'une fausse couche ; mais dans ces cas, il existe, en plus de la douleur iliaque, une douleur crurale située en dedans des vaisseaux fémoraux et une attitude toute spéciale de la jambe, caractérisée par flexion avec abduction et rotation externe.

A la période d'état, le diagnostic avec les affections que nous venons de passer en revue est encore plus facile, les symptômes de l'affection qui nous occupe étant tous plus nets et tombant mieux sous les sens, nous insisterons seulement sur le diagnostic différentiel avec les maladies suivantes :

Le phlegmon de la fesse, l'abcès froid d'origine iliaque ou vertébral, enfin, l'ostéo-sarcôme.

Le phlegmon de la fesse, comme l'ostéomyélite, présente comme symptômes principaux : rougeur, chaleur, douleur et gonflement, mais tandis que dans l'ostéomyélite, la fluctuation est profonde, elle est au contraire superficielle

dans le phlegmon de la fesse, il en est de même de la douleur : superficielle dans le phlegmon et siégeant dans la masse musculaire, dans l'ostéomyélite au contraire siégeant au-dessous d'elle, sur l'os iliaque lui-même.

L'abcès froid est habituellement très facile à distinguer de l'abcès ostéomyélitique pour cette bonne raison que ce dernier est un abcès fébrile tandis que l'autre est un abcès apyrétique. Nous faisons des réserves pour les quelques cas où l'abcès ostéomyélitique de forme subaiguë ou chronique ne s'accompagne pas de fièvre, et inversement pour les cas où l'abcès froid s'infecte et donne lieu à des phénomènes fébriles. Dans ces deux alternatives, le diagnostic pourra être fort incertain et le clinicien devra examiner avec soin tous les symptômes que présente le malade pour assurer son diagnostic.

L'ostéosarcôme enfin peut prêter facilement à confusion, pas trop dans le cas d'ostéosarcôme apyrétique mais quand la tumeur maligne a une marche fébrile, l'on devra considérer attentivement et le volume vite considérable de la tumeur, ses inégalités, sa pseudo-fluctuation, l'engorgement ganglionnaire précoce, le retentissement rapide sur l'état général, l'adhérence à l'os iliaque et enfin le lacis veineux à la surface cutanée. Autant de symptômes qui réunis, plaideront en faveur de l'ostéosarcôme.

Mais il arrivera des cas où le diagnostic sera insoluble comme dans l'observation personnelle que nous relatons plus loin et où les recherches histologiques et bactériologiques pourront seules venir lever les derniers doutes.

Il est quelquefois difficile de savoir d'une façon précise d'où vient le pus : ce liquide en effet, même lorsqu'il se

collecte à la région fessière ne provient pas toujours d'une suppuration de l'os coxal il peut provenir aussi d'une ostéomyélite du fémur aux environs de la cavité cotyloïde il peut descendre aussi d'un point de la colonne vertébrale. On devra rechercher très attentivement le siège précis de la douleur qui indiquera du même coup la source de la suppuration.

Période de terminaison (fistule ou guérison et exostose). — Est-il possible, après que l'abcès s'est ouvert spontanément et qu'il ne reste plus qu'une fistule de faire le diagnostic rétrospectif de l'ostéomyélite ?

Nous n'en doutons pas, grâce aux caractères suivants : la fistule ostéomyélitique s'ouvre habituellement à la partie moyenne de la région fessière ou vers le bord inférieur du grand fessier quand il s'agit d'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal ; au contraire, lorsque l'ostéomyélite siège à la face interne de cet os, la fistule siège habituellement au niveau de la région inguinale, au-dessus de l'arcade de Fallope. L'orifice fistuleux est le plus souvent irrégulier et à bords décollés : il est limité par une peau enflammée de coloration rougeâtre et laisse écouler, une fois la collection purulente évacuée, une très petite quantité de liquide.

Quand il s'agit d'une fistule tuberculeuse au contraire, elle siègera de préférence au niveau du bord inférieur du grand fessier ou au niveau de la région crurale en dedans des vaisseaux fémoraux, elle sera toujours limitée par des bords de teinte blafarde ou de coloration violacée, elle laissera toujours écouler une quantité assez grande

de liquide et aura moins que la précédente, tendance à la guérison spontanée.

Dans les cas d'orifices fistuleux consécutifs à une psoïte ou à une appendicite, ces orifices tendent à se fermer très vite spontanément. D'ailleurs, il suffira de s'enquérir quelque peu des commémoratifs pour être tout de suite sur la voie du diagnostic. Ajoutons que si, en introduisant un stylet dans le trajet fistuleux, on arrive sur une surface dénudée, on aura pour ainsi dire une sensation de mollesse et de friabilité dans le cas de tuberculose, au contraire, une sensation de résistance et de dureté presque métallique dans l'ostéomyélite. Les caractères du pus pourront eux-mêmes rendre quelques services au point de vue du diagnostic; s'agit-il de tuberculose osseuse? Il est habituellement épais, crémeux, verdâtre, bien lié, s'agit-il d'ostéomyélite, on le trouvera, moins épais, granuleux, jaunâtre, souvent sanguinolent.

L'examen bactériologique pourra être ici d'un précieux secours en montrant au microscope dans le pus ostéomyélique le streptocoque et surtout le staphylocoque; absence de microbes au contraire dans le pus tuberculeux. Une inoculation au cobaye permettra de voir s'il ne meurt pas de tuberculose.

On pourra également affirmer le diagnostic rétrospectif d'ostéomyélite lorsqu'on se trouvera en présence d'une hypérostose de guérison, il restera alors à différencier cette hypérostose d'une ossification du psoas ou d'une exostose tuberculeuse, nous n'insisterons pas sur l'ossification du psoas, beaucoup trop rare, et généralement mobile, quant à l'exostose tuberculeuse, elle se recon-

naît généralement grâce à ce fait qu'elle est peu saillante et qu'elle reste habituellement douloureuse. Ajoutons que souvent le sujet a présenté et porte encore des signes de tuberculose pulmonaire.

Quant au diagnostic des formes et des complications, il se fera aisément grâce à la recherche attentive des symptômes que nous leur avons décrits dans le chapitre précédent.

PRONOSTIC

Le pronostic est tout naturellement variable suivant la forme, suivant l'âge et suivant les complications ; la précocité de l'intervention vient aussi en diminuer beaucoup la gravité.

La forme de beaucoup la plus favorable est assurément l'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal : dans ce cas en effet, le pus n'a pas de tendance à pénétrer, il est tout naturellement porté à se diriger vers la périphérie où une incision cutanée suffira pour amener son écoulement et quelquefois la guérison définitive.

Au contraire quand l'ostéomyélite siège à la face interne de l'os coxal, on peut dire que la vie du malade est en danger : d'abord parce que le pus peut fusèr dans l'un des organes abdominaux et dans l'abdomen lui-même, ensuite parce que, même après intervention chirurgicale, la suppuration a peu de tendances à se tarir et amène vite le malade à l'hecticité et à la cachexie la plus profonde.

Elle est en revanche peu redoutable lorsque l'abcès siège au niveau de l'ischion et du pubis parce que dans ces cas, le pus tend également à se diriger vers les parties superficielles.

On peut compter toutefois que la guérison se fera plus attendre que dans l'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal, ajoutons aussi que le pronostic est évidemment beaucoup plus redoutable dans les formes à marche aiguë ou suraiguë que dans les formes à marche subaiguë ou chronique.

L'âge du sujet a également une très grande importance quand il s'agit de pronostiquer l'évolution de la maladie : d'une façon générale, plus le sujet est jeune, plus la guérison tendra à survenir rapidement. Enfin, il est évident que toutes les complications survenant au cours d'une ostéomyélite aggravent le pronostic et l'aggravent d'autant plus qu'elle est elle-même plus redoutable. Nous avons insisté sur ces faits à propos des complications, nous n'y reviendrons donc pas ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Ostéomyélite de la face externe de l'os coxal. Guérison.

R..., Jean âgé de deux ans et demi entre à l'hôpital des Enfants Assistés dans le service du D^r Jalaguier le 20 mars 1900 pour une tumeur de la hanche gauche. Il est adressé à M. Jalaguier par un chirurgien des hôpitaux avec le diagnostic de coxalgie.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels — L'enfant n'a jamais été malade à part quelques rares maux de gorge qu'il a de temps à autre : D'ailleurs les renseignements qui nous sont fournis par la mère sont extrêmement obscurs, l'enfant ayant été immédiatement après sa naissance envoyé en nourrice, et depuis, il a toujours vécu à la campagne.

Début. — Il y a un mois et demi, le malade a commencé à souffrir de sa hanche gauche et a boité très nettement pendant quinze jours, la nourrice ne s'est pas inquiétée de cet état de choses et a continué à le laisser marcher, elle s'est bornée à appliquer des cataplasmes à la région douloureuse. Au bout de deux semaines, le mal ne s'améliorant pas, empirant plutôt, on appela un médecin qui ne voulut pas faire le

diagnostic et prescrivit simplement l'immobilisation au lit : ce traitement ne paraissant pas suffisant à la nourrice elle conduisit cet enfant consulter une rebouteuse qui fit des massages, des frictions à l'alcool camphré, et prescrivit en outre des badigeonnages à la teinture d'iode.

Le traitement de la rebouteuse, ayant échoué aussi bien que le traitement médical, on se décida à adresser l'enfant à Paris chez M. le professeur Terrier qui lui-même l'adressa au Dr Jalaguier aux Enfants Assistés. A ce moment l'état du malade était le suivant :

Examen à l'entrée : Inspection. — On constate que la peau de la région fessière gauche est très distendue et parcourue par des veinosités bleuâtres très nombreuses : cette tumeur paraît remonter en haut jusqu'à la crête iliaque, en bas elle déborde le petit fessier, en arrière va jusqu'à la crête sacrée, en avant elle atteint la région trochantérienne : les mouvements spontanés de l'articulation coxo-fémorale semblent conservés intégralement.

Palpation. — La peau est chaude : on constate un empâtement profond avec de la pseudo-fluctuation : les ganglions de l'aîne sont engorgés, les mouvements provoqués paraissent peu douloureux et n'arrachent pas de cris au petit patient.

Percussion. — Matité complète.

Actuellement, l'enfant ne paraît pas souffrir beaucoup il remue assez bien ses membres inférieurs, mais ne peut marcher.

La fièvre est nulle, l'état général semble bon, et, au dire de la nourrice, il ne paraît pas avoir maigri ces derniers temps.

Devant les différents symptômes qui précèdent, M. Jalaguier, malgré le diagnostic avec lequel l'enfant lui a été envoyé pose le diagnostic d'ostéo-sarcome de l'os iliaque : il se borne à prescrire tous les jours l'application de compresses humides boriquées sur la région malade.

22 mars. — On examine de nouveau la tumeur : chose curieuse, celle-ci a complètement changé de caractères : les veinosités sont moins nombreuses, la tumeur est plus étalée, il existe une certaine coloration rosée, et la fluctuation est maintenant très nette. Indécis, et songeant à un abcès coxal-gique ou à une collection consécutive à une ostéite tuberculeuse de l'os coxal, M. Jalaguier pratiqua d'abord une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz puis avec le gros trocart, il retira alors environ 200 grammes d'un pus épais, verdâtre, bien lié et sans grande odeur. Ce liquide purulent fut examiné par le chef de laboratoire M. Nobécourt qui conclut à un pus staphylococcique.

Il s'agissait donc bien d'ostéomyélite.

Opération le 24 mars.

Jean R..., étant chloroformé, toutes les précautions étant prises, M. Jalaguier pratiqua une incision verticale de 4 cent. environ à la partie moyenne de la région fessière, il s'écoula encore, en dépit de la première intervention près de 200 gr. de pus. On fit un lavage à l'eau bouillie, on plaça deux drains et on appliqua un pansement sec.

L'os coxal était dénudé au niveau de la fosse iliaque externe à sa partie postérieure et supérieure sur une étendue grande comme une pièce de 0 fr. 50 ; cette surface dénudée était située environ un centimètre en avant de l'articula-

tion sacro-iliaque et un centimètre au-dessous de la crête iliaque.

Les suites opératoires furent à peu près parfaites, le pansement peu sali fut renouvelé 5 jours après et à ce moment on enleva les 2 drains et les crins. On fit ensuite un pansement tous les cinq jours jusqu'au 11 avril jour où la plaie fut définitivement fermée.

L'enfant sortit le 3 mai en parfaite santé, les mouvements de sa jambe étaient conservés.

OBSERVATION II (1)

Ostéomyélite prolongée de l'ilium.

La nommée M... âgée de 22 ans entre le 19 juin 1879 salle Saint Augustin dans le service de M. le Dr Verneuil.

Cette femme nous raconte qu'il y a dix ans elle a été atteinte d'un rhumatisme à la suite duquel s'est développé, dit-elle, un abcès de la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite.

Cet abcès s'est ouvert seul, est devenu fistuleux et ne s'est fermé spontanément qu'au bout de six ans. Dans l'intervalle, et un an environ après le développement du premier abcès, il s'en forma un second au niveau de la fosse iliaque externe : l'orifice de celui-ci ne s'est jamais oblitéré et persiste actuellement.

Malgré cette suppuration prolongée, l'état général de cette malade s'était maintenu assez bon, et elle pouvait vaquer à

1. Tirée de la thèse de Weiss. 1880. *Trépanation de l'os iliaque.*

ses occupations tout en boitant légèrement, mais la suppuration ayant augmenté dans ces derniers temps elle s'est décidée à venir réclamer les soins de M. Verneuil.

État actuel. — La malade est pâle, assez amaigrie, les fonctions digestives s'exécutent assez bien, les urines sont normales; en somme, l'état général n'est pas trop mauvais. Localement, on constate l'existence d'une fistule siégeant au niveau de la fosse iliaque externe à 5 centimètres de la crête iliaque et à une distance à peu près égale de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La peau est mobile excepté au niveau de la fistule où elle est adhérente et présente une rougeur inflammatoire peu prononcée. Le trajet fistuleux est adhérent profondément à la face externe de l'os iliaque et le stylet qu'on y introduit conduit au travers de l'os jusqu'à la fosse iliaque interne.

Tout l'os iliaque, du moins dans sa partie antérieure, est le siège d'un épaissement considérable ce dont on peut s'assurer en suivant les contours de la crête iliaque et en la comparant à celle du côté opposé.

Dans la fosse iliaque interne, on sent un empâtement très profond qui paraît indiquer sinon une collection purulente bien formée, du moins une menace d'abcès.

Au dessus de la crête iliaque, il n'existe aucun trajet, comme on a pu l'observer dans quelques-uns des faits que nous signalons. Les ganglions inguinaux sont un peu plus gros que ceux du côté opposé, ceux de la fosse iliaque ne présentent pas d'augmentation appréciable de volume.

Malgré ces diverses lésions, la marche est facile, mais elle est douloureuse quand elle est prolongée; à la fin de la

journée, la malade est fatiguée et forcée de prendre du repos.

En somme, il est évident qu'il s'agit ici d'une ostéite de l'os iliaque sans qu'il soit possible de préciser exactement la nature de la lésion ni de dire s'il existe un séquestre ou une portion cariée.

En raison de l'existence de ce trajet qui traverse l'os de part en part, M. Verneuil pense sans nous l'affirmer, qu'il existe à la face interne de l'os une nappe purulente à laquelle la trépanation pourra donner issue et qu'en tout cas, une opération ne pourra qu'être utile à la malade en simplifiant le foyer pathologique.

Aussi se décida-t-il à intervenir le 11 juillet, à agrandir la fistule par une incision et à appliquer une couronne de trépan à travers l'orifice osseux. Cette opération ne présentait d'autre particularité qu'une difficulté extraordinaire pour perforer l'os qui était éburné, épaissi et que le trépan avait attaqué du reste un peu obliquement. Il fallut de grands efforts pour en venir à bout, mais on put constater qu'il n'existait pas d'abcès proprement dit de la fosse iliaque interne et que les fongosités seules se trouvaient à la face profonde de l'os. On retira celles qu'on put atteindre, puis la plaie fut tamponnée avec de la charpie pour arrêter le suintement sanguin.

Les suites de cette opération furent absolument heureuses : c'est à peine si la malade eut un léger mouvement de fièvre et un peu de réaction locale. Il y eut il est vrai, une petite hémorrhagie qui fut facilement arrêtée. Pendant la fin du mois de juillet, son état fut aussi satisfaisant que possible.

Au mois d'août, la plaie opératoire s'était considérablement rétrécie, et au moment du départ de cette malade (23 août) elle n'avait plus que les dimensions de la fistule primitive.

L'écoulement avait notablement diminué et son état assez satisfaisant pour qu'elle fût employée comme infirmière du service. Quelque temps après elle a dû quitter l'hôpital et n'a pas été revue.

OBSERVATION III (1)

Ostéomyélite de l'os iliaque. Mort.

F.. (Louise-Pauline), âgée de 11 ans, salle Sainte-Eugénie, n° 28, entrée le 2 octobre 1877, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Cette enfant a joui de la meilleure santé pendant sa première enfance et n'a eu aucune des affections éruptives ou scrofuleuses de cet âge. Elle habite avec ses parents un logement sain et n'a jamais eu d'affections rhumatismales. Elle travaille depuis six mois dans une fabrique de chocolat, et depuis quelque temps, se plaint de fatigue assez grande après sa journée de travail. Le 10 septembre au soir, elle rentra chez sa mère en accusant une douleur assez vive à la fesse du côté gauche, douleur qui la faisait boiter depuis quelques heures ; aucune blessure ne pouvait expliquer son apparition : le repos de la nuit atténua un peu cette douleur, et l'enfant se leva le lendemain, mais elle dut garder le lit.

1. *Ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, prof. Lannelongue, 1878. Fleury. Th. de Paris, 1886.

Dans la soirée du 19, la douleur ayant reparu avec une grande violence ; elle avait en outre de la fièvre, et la nuit suivante fut très agitée. On la soigna chez elle pour un rhumatisme jusqu'au 2 octobre jour de son entrée à l'hôpital. Le 21 septembre, un gonflement s'était produit à la fesse où la douleur avait été ressentie tout d'abord.

A son entrée à l'hôpital, cette enfant présente un visage abattu d'une pâleur extrême, malgré l'existence d'une température élevée, 40°. Elle s'est plainte toute la nuit de douleurs excessives.

Couchée sur le côté droit, elle pousse des cris affreux toutes les fois qu'on l'approche. Néanmoins, avec beaucoup de précautions, on arrive à reconnaître que le membre inférieur gauche avec la hanche sont parfaitement sains. La douleur occupe la région de l'os iliaque qui avoisine la partie supérieure de la fesse, près de la partie la plus reculée de la crête iliaque ; elle est au toucher excessive. Un gonflement limité à la partie postérieure de la fosse iliaque existe à ce niveau, et s'étend du côté de la symphyse sacro-iliaque jusqu'à la ligne médiane. Ce gonflement fait corps avec l'os : il est très œdémateux au niveau de la symphyse et, à la surface de la peau, on voit quelques veines dilatées qui se dirigent vers la ligne médiane postérieure du corps.

L'idée d'une arthrite suraiguë de la symphyse sacro-iliaque fut celle qui se présentait naturellement à l'esprit ; la douleur avait son maximum à ce niveau ; de plus, en rapprochant les surfaces du bassin et du sacrum, on développait encore une douleur excessive qui suivait un trajet descendant le long du nerf sciatique.

Depuis l'entrée de l'enfant jusqu'au 14 octobre, la tempé-

rature est toujours très élevée, oscillant entre 39° et 40°, et les douleurs intolérables.

Une vaste collection purulente, étant alors manifeste, fut ouverte, et l'on reconnût que l'os iliaque était à nu dans une assez grande portion de son étendue avoisinant la partie postérieure de la crête. Malgré cette incision, l'état général ne fut pas amélioré. Reprenant mon service le 1^{er} novembre, je constatai l'existence d'une communication entre la fesse et la cavité abdominale par une perforation de la fosse iliaque interne où le pus s'amassait comme il l'avait fait primitivement à la fesse. De plus, l'articulation sacro-iliaque était complètement désunie, et l'on déterminait un très grand jeu de l'os iliaque sur le sacrum ; la suppuration était excessive et le pus mélangé à de petites parcelles osseuses.

2 novembre. — La perforation spontanée fut agrandie de manière à permettre plus facilement l'évacuation du pus et un gros drain fut introduit dans le trajet : des lavages phéniqués bi-quotidiens furent pratiqués, mais l'enfant s'affaiblissait chaque jour ; elle était couchée sur le côté droit, les cuisses fléchies sur le ventre ne pouvant supporter aucune autre position. Cet état dura jusqu'au 25 novembre.

Le 25. — Je remarque que la suppuration a beaucoup diminué, les plaies sont sèches, en même temps, depuis hier, un œdème considérable s'est développé dans les membres inférieurs, moins considérable cependant du côté gauche. Pas d'œdème facial, pas de diarrhée, pas de vomissements.

Le 29. — L'œdème a gagné le membre du côté sain depuis le pied jusqu'à la fesse, la cause de cet œdème se trouve probablement dans une oblitération qui s'est étendue à la veine cave inférieure. Pas d'albumine.

La suppuration est très abondante et fétide.

8 décembre. — Aujourd'hui, il existe un œdème de la paroi abdominale qui s'explique par la position de l'enfant toujours couchée sur le ventre. De la diarrhée de temps en temps pas de vomissements mais très peu d'appétit.

Le 10. — A la partie superficielle de la peau des jambes, des cuisses, on aperçoit de petits points noirs formant comme un piqueté avec des plaques très grandes ; c'est du purpura. En même temps la peau présente sous le pied de petites vergetures.

Le 11. — Hier l'enfant a eu un frisson qui a duré presque une heure, pas d'albuminurie.

Le 13. — Suppuration abondante des eschares multiples se forment au niveau des saillies osseuses qui portent sur le lit ; à la jambe, là où il y avait des plaques hémorrhagiques se trouvent de grandes phlyctènes rougeâtres, hier l'enfant a eu un frisson d'une demi-heure suivi de chaleur.

Le 15. — Hier trois ou quatre frissons dans la journée d'un quart d'heure ou d'une demi-heure ; diarrhée.

Le 17. — Du 17 au 20 décembre, nouveaux frissons, diarrhée colliquative jusqu'à la mort qui a lieu le 20.

Le 20. — Mort.

L'autopsie n'a pu être faite à cause d'une opposition ; mais nous avons pu examiner l'os iliaque en incisant les parties molles à l'amphithéâtre et nous avons reconnu : 1° une dénudation de la moitié postérieure de la fosse iliaque avec de légères érosions de l'os ; à deux travers de doigt de la crête iliaque et à un pouce environ de l'articulation, existe une perforation irrégulière de l'os ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. A côté l'os présente des irrégularités

et de petites ouvertures par lesquelles le pus s'écoule. Vers la partie la plus épaisse de la crête iliaque existe une petite esquille détachée. En coupant l'os dénudé avec un fort scalpel, on fait sortir du pus infiltré entre les deux lames près de la crête iliaque. Enfin, l'articulation sacro-iliaque est désunie et les surfaces de la symphyse dépourvues, dans presque toute leur étendue, de leur tissu unissant.

OBSERVATION IV (1)

Ostéomyélite prolongée de l'ilium. Ostéomyélite de l'humérus, à 32 ans nécessitant la désarticulation de l'épaule et éclatant à la suite d'une résection de la crête iliaque. Guérison.

Il s'agit d'une femme rentrée dans le service de M. Verneuil le 23 décembre 1879.

Cette femme actuellement âgée de cinquante ans, avait dans sa jeunesse été atteinte d'un abcès de la fosse iliaque gauche dont l'origine osseuse ne saurait être douteuse un seul instant.

Après avoir éprouvé des douleurs violentes dans les reins pendant un mois, elle avait vu un abcès s'ouvrir à la partie supérieure de la fesse gauche tandis qu'une autre collection purulente venait se faire jour au-dessus de l'arcade crurale. L'orifice de cette dernière ne tarda pas à se fermer, mais l'ouverture du premier abcès avait persisté et à l'âge de trente-deux ans, au moment où cette malade vient consulter M. Verneuil pour la première fois, le trajet fistuleux suppuraient encore abondamment. Quand il se fermait, elle était prise de douleurs vives et son existence devenait insupportable.

1. Tirée de la thèse de Weiss, 1880.

table, Aussi, M. Verneuil se décida-t-il à intervenir et à pratiquer une incision simple qui donna une libre issue au pus. Mais chemin faisant, il s'aperçut que l'abcès contour-nait la crête iliaque et pénétrait assez profondément dans la fosse iliaque interne : il était impossible d'ouvrir largement le foyer purulent sans réséquer une portion de l'os, ce qu'il fit séance tenante, en appliquant deux couronnes de trépan sur la crête iliaque. Et il en résulta une sorte d'échancrure qui permit de remplir le but que l'on s'était proposé.

L'opération fut suivie d'une grande amélioration, mais peu de temps après, la malade fut prise d'une ostéomyélite de l'humérus pour laquelle on dut pratiquer la désarticulation de l'épaule. La malade guérit de cette seconde opération. Quant à la fistule iliaque, elle persista encore quelques années, se fermant souvent, puis se rouvrant à nouveau, mais en somme jamais les accidents n'ont présenté la même acuité qu'auparavant.

Actuellement cette malade est entièrement guérie et la fistule ne s'est pas rouverte depuis fort longtemps.

Voici quel est l'état actuel de cette femme : on constate au-dessous de l'arcade crurale une cicatrice déprimée qui est la trace de l'ancien abcès. A la face latérale de la fesse, à 9 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure, se trouve une cicatrice linéaire longeant la crête de l'os et adhérente aux parties profondes. On sent encore à ce niveau une dépression inégale qui est le vestige de l'échancrure faite à la crête iliaque.

L'os iliaque correspondant est un peu plus gros que celui du côté opposé et on perçoit encore dans la fosse iliaque interne un empâtement très profond. Néanmoins, la malade

n'accuse plus aucun trouble fonctionnel de ce côté et elle n'est du reste entrée dans le service que pour se reposer quelques jours.

OBSERVATION V (1).

M. Mauny présente une pièce d'ostéomyélite aiguë de l'os iliaque avec fracture spontanée passant horizontalement à travers la cavité cotyloïde.

Le malade, garçon de 16 ans, avait été admis dans un service de médecine, et là, on avait pensé à une tuberculose miliaire aiguë à cause d'un phénomène spécial ; il existait à une articulation phalangienne un abcès assez peu aigu que l'on ponctionna et dans le pus duquel il y avait des bacilles. Mais M. Walther constata un épanchement purulent très net dans l'articulation de la hanche et il diagnostiqua une ostéomyélite, l'abcès fut évacué et drainé, mais le malade ne tarda néanmoins pas à succomber.

OBSERVATION VI (2).

Ostéomyélite de l'os iliaque.

Le nommé D..., Séraphin, âgé de douze ans entre le 21 octobre 1884 salle Denonvilliers, lit n° 34, dans le service de M. le Dr Lannelongue.

Parents bien portants.

Ce petit malade est l'aîné de sept enfants dont trois sont dans un état de santé satisfaisant. Trois autres seraient morts en bas-âge de bronchite ?

1. *Bulletin médical*, année 1890, p. 4133.

2. Thèse de Fleury.

L'hiver dernier, cet enfant souffrait de temps à autre du genou droit toutes les fois qu'il se fatiguait un peu : il boîtaît même quelquefois. Un mois avant son entrée, il éprouvait des douleurs dans la hanche droite et dans le ventre, il se levait encore de temps en temps, mais depuis trois semaines il est obligé de rester couché.

Au moment de son entrée, la cuisse droite est fléchie sur le bassin ; les mouvements d'extension sont impossibles et fort douloureux. La racine de la cuisse est le siège d'une tuméfaction mal limitée ; la pression dans la fosse iliaque externe provoque de la douleur et la palpation y fait reconnaître un empâtement manifeste.

31 octobre. — Etat général grave, facies amaigri ; fièvre vive. Au-dessus de l'arcade crurale, on trouve l'empâtement constaté à l'entrée, augmenté de volume, évidemment phlegmoneux et s'étendant à la partie antérieure de la cuisse, ces constatations exigeant une intervention immédiate, on procède à l'anesthésie chloroformique et l'on fait l'ouverture du foyer. Il en sort un pus noirâtre en quantité considérable.

Les jours suivants l'état du petit malade s'améliore un peu ; la fièvre diminue.

11 novembre. — Quelques douleurs dans la cuisse droite.

14 décembre. — Nouvelle incision de la cuisse ; il en sort encore une grande quantité de pus.

Le 28. — La cuisse a conservé en partie ses mouvements, mais il est impossible d'étendre le membre par suite de la rétraction de ses muscles antérieurs. Aux alentours de l'arcade crurale on voit plusieurs orifices fistuleux, non bourgeonnants, sans fongosités, entourés d'épiderme neuf. Un stylet introduit par chacun de ces orifices n'arrive pas jusqu'à

l'os dénudé. La partie antérieure de la crête iliaque est énorme et cette hypérostose lui donne bien trois fois son volume normal. On tente de réduire la flexion de la cuisse sous le chloroforme : le redressement est impossible. Les tentatives que l'on réitère permettent toutefois de reconnaître qu'il n'y a rien dans la hanche : pas d'adhérences, pas de craquements dans l'articulation.

Le malade sort le 5 février.

OBSERVATION VII (1).

Ostéomyélite des deux os iliaques. Ostéomyélite du col du fémur droit et de la clavicule droite. Mort.

Le nommé R..., âgé de 13 ans, entre le 7 mai 1886 salle Denonvilliers, lit n° 42 dans le service du Dr Lannelongue.

La maladie a débuté le 25 avril. L'enfant a commencé à être pris ce jour là de douleurs occupant la racine de la cuisse droite. Bientôt la fièvre s'alluma et devint très vive.

A son entrée à l'hôpital le 7 mai, le malade présente un faciès abattu, les yeux sont excavés : la langue est sèche, il y a du tremblotement des lèvres. La température est de 39°8. La cuisse droite, très gonflée, principalement à son extrémité supérieure a presque doublé de volume. Le pli de l'aîne présente une rougeur surtout marquée à sa partie interne. La pression de la région malade est très douloureuse.

Le palper fait reconnaître un empâtement phlegmoneux de toute la moitié supérieure de la cuisse, empâtement accompagné d'œdème en avant et en dehors du membre. La fosse iliaque droite, manifestement empâtée et différente de celle

1. Tirée de la thèse de Fleury. Th. de Paris, 1886.

du côté opposé, présente un gonflement dur et douloureux sans le moindre signe de fluctuation. L'épine iliaque antérieure et supérieure est indolore ; les autres points principaux de l'os : pubis, ischion sont également insensibles, seul le grand trochanter est très douloureux.

Le diagnostic d'ostéomyélite s'impose, mais quel est l'os intéressé : l'iliaque ou le fémur ? La cuisse est en abduction, la jambe légèrement fléchie : le membre repose ainsi sur sa face externe. Des douleurs excessivement vives se réveillent au moindre mouvement.

La douleur de la région trochantérienne ayant principalement attiré l'attention de ce côté, on pratique à ce niveau une incision externe de 10 centimètres environ parallèle à l'axe du fémur, et commençant à 5 centimètres au dessus du grand trochanter.

On trouve les parties molles sous-jacentes normales, le grand trochanter normal, on fait la trépanation de l'os à ce niveau. Rien.

On fait une seconde incision de 4 centimètres environ à la même hauteur à peu près mais en avant.

Au-dessous de cette incision, sur l'épine iliaque antéro-inférieure, à l'aide du bistouri et de la sonde cannelée, on fait l'ouverture d'un foyer situé au-dessous et en arrière du col fémoral. Issue d'environ un verre de pus rougeâtre. En arrière, plus profondément encore, on arrive sur un os dénudé : vraisemblablement l'os iliaque à 15 centimètres de profondeur. On fait la trépanation avec la petite tréphine en ce point.

On passe un drain par cette incision qui va ressortir par l'angle supérieur de l'incision externe. Un autre drain va au

contact de l'os dénudé. Pansement de Lister. Immobilisation dans gouttière ouatée.

Un petit foyer d'ostéomyélite dans la partie externe de la clavicule est également ouvert : il en sort un pus très blanc.

Le soir, la température est de 38°. Peu de douleurs, le petit malade mange un peu.

8 mai. — Beaucoup moins de gonflement.

L'empâtement a diminué, peu de douleurs, mais suppuration encore assez abondante.

Injection phéniquée dans le foyer.

Température du matin, 37,4.

Température du soir, 37,2.

Le 9. — Température du matin, 37,8. Même état que la veille. Persistance du gonflement phlegmoneux en dehors au niveau de la fosse iliaque externe. Rien du côté interne de la cuisse.

Injection phéniquée. Pansement de Lister.

Le 11. — La température qui a atteint 39° la veille au soir est ce soir 11 mai de 39,4.

Le 12. — Température du matin, 39°. Un peu de diarrhée, l'état général devient donc grave ainsi qu'en témoigne l'élévation de la température.

Aujourd'hui, c'est la partie supérieure et interne de la cuisse qui présente de la rougeur et de l'empâtement. On arrive même à sentir de la fluctuation profonde en dehors des vaisseaux fémoraux.

La collection située profondément se vide par l'incision faite au niveau de l'épine iliaque antérieure. Œdème à ce niveau.

Suppuration toujours assez abondante en ce point comme en dehors.

M. Lannelongue fait pénétrer une sonde cannelée par l'incision antérieure et la conduit dans le foyer constaté au-dessus du col fémoral. Puis, la faisant cheminer directement en arrière, fait, sur son extrémité sentie à travers la peau de la région fessière une incision au milieu de la fesse. On met un drain dans cette nouvelle incision.

Revenant ensuite à la région antérieure, M. Lannelongue fait encore une incision en dehors des vaisseaux fémoraux sur le moyen adducteur. En dehors de lui, on tombe sur un foyer profond. Le doigt peut y pénétrer, et arrive sur le petit trochanter, puis, à la face inférieure du col fémoral, et en contournant celui-ci à sa face postérieure. Cette exploration donne issue à une assez grande quantité de pus rougeâtre. Drainage et injection phéniquée. Pansements avec gaze iodoformée et ouate de bois.

Dans la journée l'enfant est agité et se plaint beaucoup de sa cuisse. Température du soir, 39°5.

Le 15. — Agitation très grande, la veille température près de 40°.

Gonflement occupant presque le tiers supérieur de la cuisse en avant. Peau tendue, un peu chaude, mais à peine rosée. Fluctuation manifeste.

Une incision pratiquée un peu en dehors du centre du foyer donne issue à bien près d'un demi-litre de pus assez liquide. Un gros drain introduit par cette nouvelle incision va ressortir par l'incision située plus en arrière et en dehors. L'évacuation du pus paraît donc aussi bien assurée que possible. Injection phéniquée.

L'abcès de l'épaule est presque guéri. Alimentation tonique et alcool.

Le 17. — La température de la veille au soir était de 40°2. Le malade se plaint depuis quelques jours du côté gauche. La fosse iliaque interne de ce côté est douloureuse à la pression : on y constate un empatement profond de près de deux travers de doigt. Pas de changement de couleur de la peau, mais réseau de veines dilatées dans la région et ses environs sur une grande étendue.

Incision de 7 centimètres au-dessus de l'arcade crurale suivant sa direction. On sectionne le grand oblique, puis à travers le muscle iliaque, on arrive à la partie antérieure de la face interne de l'ilium. L'os ne paraît pas augmenté de volume. La trépanation en ce point ne donne que du sang. On met cependant un drain dans la plaie.

Le 19. — Depuis plusieurs jours, la température présente de grandes oscillations : elle monte à 40°, le soir, pour retomber à 37°-38° le matin.

Quelques mouvements de rotation imprimés à l'articulation de la hanche droite ne sont que légèrement douloureux mais donnent la sensation de crépitation.

Du côté gauche, toujours douleur et empatement. Mais pas de pus par l'incision.

Le 22 mai. — Diarrhée. Presque plus de suppuration à droite.

Le 23. — A gauche, tuméfaction et œdème à la partie interne de la cuisse ; les vaisseaux fémoraux paraissent repoussés en dehors.

Une incision en dedans de ces vaisseaux, suivie d'une ex-

ploration avec la sonde cannelée jusque sur l'épine iliaque antéro-inférieure ne donne issue à aucune collection.

Le 24. — Température, veille au soir, toujours 40°.

Une nouvelle incision au milieu de la fosse iliaque externe du côté gauche donne issue à des flots de pus. Pour assurer l'écoulement de cette collection, on fait une petite incision plus bas au milieu de la fesse.

L'incision de la veille suppure également en abondance. Drainages et injections antiseptiques bi-quotidiennes.

Le 25. — La température, depuis deux jours, reste presque aussi élevée le matin que le soir et est aux environs de 40°.

L'amaigrissement et la perte des forces sont extrêmes.

Pâleur syncopale pendant le pansement.

La respiration est un peu embarrassée.

Toux faible de temps à autre.

Le 26. — Suppuration presque tarie à droite, mais abondante du côté gauche.

Injections d'éther.

La respiration s'embarrasse de plus en plus.

Mort à 7 heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

L'articulation de la hanche est ouverte, mais ne renferme pas de pus. La tête du fémur est complètement décollée et dénudée de son périoste. Pas de dénudation de l'os iliaque de ce côté, sauf au niveau du sourcil cotyloïdien qui présente une petite cavité nécrotique de la grandeur d'une pièce de un franc.

A gauche, vaste cavité tapissée en grande partie par une

membrane pyogénique, occupant toute la fosse iliaque interne et descendant en bas jusqu'au petit trochanter.

Tiers postérieur de la face interne de l'ilium presque complètement dénudé.

Veine iliaque externe atteinte de phlébite légère.

Pus dans l'articulation sacro-iliaque du même côté désunie par le relâchement de ses ligaments.

Ni péricardite, ni pleurésie, mais hépatisation rouge de la base des deux poumons. Noyaux purulents dans le poumon droit.

OBSERVATION VIII (1).

Ostéomyélite prolongée de l'épine iliaque antéro-supérieure.

N.... Léon, 19 ans, charretier, entré à l'hôpital Saint-Louis le 6 avril 1886.

Antécédents héréditaires et personnels. — Bons.

Le 2 avril 1885. — Le malade reçoit un coup de manche de charrue sur la hanche gauche dans sa partie antérieure : quelques semaines après, il dit avoir éprouvé quelques picotements de temps à autre dans la région contuse.

Ce léger accident était oublié quand le 8 juillet suivant, des douleurs vives se firent sentir en ce point et dans l'aîne.

En même temps, la marche était entravée, et le malade boitait même tellement qu'il dut se coucher le soir même. Bientôt la fièvre se déclara et la cuisse se fléchit sur le bassin l'extension étant excessivement douloureuse. Douleur et fièvre durèrent environ trois semaines, mais en diminuant

1. Fleury, 1886. Thèse de Paris.

jusqu'à l'ouverture spontanée d'un abcès qui s'était formé dans la partie antérieure de la racine de la cuisse et qui laisse écouler une grande quantité de pus.

Un mois après, le malade marchait avec des béquilles et n'éprouvait de douleurs que quand il tentait de poser le pied par terre. Mais il dut ensuite rester le plus souvent couché.

A la fin d'octobre, il put marcher avec une canne sans boiter, les douleurs avaient disparu.

L'abcès en s'ouvrant spontanément avait donné naissance à une fistule qui a toujours persisté et laissé couler du pus. Par cette fistule, creusée au centre d'un léger infundibulum rosé siégeant un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, le malade retira lui-même à diverses époques une douzaine de petites esquilles qu'il nous a montrées. Ces esquilles sont minces, raréfiées, dentelées. L'une d'elles a bien deux centimètres de longueur. C'est la persistance de cette fistule qui le décida enfin à entrer à l'hôpital neuf mois après le début des accidents.

A cette époque, 8 avril 1886 on constata que la partie antérieure de l'ilium était considérablement épaissie, hyperostosee : un stylet introduit par la fistule permettait de sentir une portion assez étendue du bord antérieur et de la crête de l'ilium dénudée, irrégulière et anfractueuse. L'articulation coxo-fémorale est immobile et les muscles de la cuisse légèrement atrophies, il y a ensellure marquée. Etat général assez bon. Pas trop d'amaigrissement. Pas de fièvre.

Le 19 avril. — On pratique une incision verticale partant de l'épine dorsale iliaque antérieure et supérieure, sur la fis-

tule. On tombe sur des sequestres et des fongosités qu'on extrait. Puis, allant plus loin, détachant même quelques insertions des muscles moyen et petit fessier, on rugine l'os surtout aux dépens de la table externe de manière à enlever une partie de la crête et du bord antérieur de l'os.

Drainage et pansement avec gaze iodoformée.

Réaction fébrile 39°4 le quatrième jour seulement après l'opération, la fièvre tombe un peu les jours suivants puis remonte à 40° le soir du 1^{er} mai.

3 mai. — On constate un abcès manifeste dans la fosse iliaque interne. On fait aussitôt une incision parallèle au pli de l'aîne comme pour la ligature de l'iliaque externe. Comme il existe en même temps de la douleur et de l'empâtement sans fluctuation bien nette du côté du grand trochanter, on pratique une seconde incision dans cette région. Les deux ouvertures donnent beaucoup de pus. On fait passer les drains de ces deux incisions dans celle de l'opération du 19 avril.

Quelques jours après un léger empâtement plus bas sur la partie antérieure de la cuisse fait faire une nouvelle incision qui donne issue à un peu de pus.

Il s'était donc fait une première fusée purulente vers le grand trochanter qui s'était prolongée ensuite plus bas.

2 juin. — Plus de douleurs, la fièvre a disparu, la suppuration est presque tarie ; les plaies bourgeonnent vigoureusement.

L'état général est très bon, le malade mange bien, son facies, qui n'est point d'un défilé, est absolument rassurant, et tout fait espérer une prochaine guérison, mais avec une ankylose persistante probable de l'articulation coxo-fémorale

qui est immobile par le fait d'une arthrite secondaire au moment de la poussée aigue.

OBSERVATION IX (1)

Ostéomyélite du bord postérieur de l'ilium.

Femme de 29 ans, entrée le 15 février 1882 dans le service de M. Trélat. Elle se plaignait d'une douleur assez forte dans la fesse gauche.

Un mois auparavant, et six semaines après un accouchement normal, elle fut prise de fièvre et le lendemain d'une douleur vive à la partie supérieure de la cuisse gauche, puis dans la hanche, puis dans tout le membre inférieur jusqu'au pied.

Au bout de deux ou trois jours, la douleur se localise dans la fosse iliaque externe : du gonflement survient rapidement dans cette région ; enfin le 13 février, deux jours avant son entrée ici, la malade consulte un médecin qui constate l'existence d'un abcès dans la fesse.

La région fessière est en effet le siège d'un notable gonflement ; la peau est rouge, un peu chaude ; la fluctuation est profonde, mais manifeste.

Différentes hypothèses sont mises en avant ; s'agit-il d'une collection purulente liée à une inflammation aigue de l'os ou à une altération (sacro-coxalgie) le siège de la douleur et l'accouchement sont en faveur de cette dernière affection ; mais d'autre part, la rapidité et l'acuité des accidents s'accordent peu de cette idée. Quoi qu'il en soit, il y a indication

1. Paul Coudray. *Journ. des conn. méd.*, 1882.

à ouvrir l'abcès. Une longue et profonde incision est faite le 18 février, elle donne issue à un pus jaunâtre bien lié, phlegmoneux. Le foyer exploré dans la profondeur ne laisse découvrir aucune partie osseuse dénudée ; un gros drain est plongé dans la cavité de l'abcès.

Le malade retire de cette intervention un soulagement immédiat. La fièvre qui, sans être énorme dès le début des accidents était représentée cependant par une température de 39°,4 et de 39°,6 le 17 et le 18 février tombe dès le lendemain de l'ouverture de l'abcès ; le thermomètre n'indique plus que 37° et 38° ; cette amélioration n'est que momentanée. Au bout de huit jours, la suppuration augmente dans le fond de la plaie, des exacerbations fébriles surviennent ; la suppuration cède bientôt presque complètement, la température redevient normale, puis de nouvelles poussées inflammatoires et les ascensions thermométriques recommencent : tel est l'état de la malade pendant deux mois. Pendant ce temps, la malade qui était déjà très affaiblie à la suite de son accouchement, s'alimente mal, n'a pas de sommeil ; l'urgence s'affirme de tarir, s'il est possible, la source de cette suppuration.

Le 19 avril. — M. Trélat fit une nouvelle et décisive exploration, décidé à pratiquer au besoin une opération grave pour mettre fin à cet état de choses inquiétant. Une sonde de femme étant introduite dans le trajet arrive sur l'os iliaque au niveau de la grande échancrure sciatique et donne la sensation d'une surface dénudée. En poussant la sonde et en l'inclinant on franchit la grande échancrure et on arrive ainsi à la face interne de l'os iliaque dans le bassin ; le doigt

placé dans le rectum arrive à toucher l'extrémité de la sonde.

On sent également que cette partie de l'os iliaque est dénudée. On avait d'ailleurs remarqué avant cette exploration que la pression sur la partie inférieure de la fosse iliaque faisait sourdre une quantité de pus assez notable par la plaie fistuleuse. L'exploration confirme donc ce fait simplement supposé qu'il existe à la partie interne de l'os iliaque un foyer d'abcès communiquant avec l'extérieur.

Cette constatation nous donne la clef d'un diagnostic définitif. Aussi bien le caractère des phénomènes initiaux est tout à fait en rapport avec ce que nous observons aujourd'hui que l'affection est déjà avancée dans son évolution.

En effet : douleur vive, fièvre notable, formation rapide de l'abcès ; continuation des accidents après amélioration momentanée parce que l'intervention n'a pas été assez radicale ; tous ces faits ne peuvent être expliqués que par une ostéomyélite de l'os iliaque, et ce diagnostic est vérifié par la dénudation osseuse constatée par notre exploration.

Que faire ? Les accidents pressent, la suppuration est continue, assez abondante, la malade est extrêmement affaiblie.

Il faut arriver sur l'os coxal, réséquer en totalité, ou tout au moins le plus possible des parties osseuses malades.

N. B. — La trépanation a été pratiquée le 2 mai avec la plus grande simplicité. Plusieurs fragments osseux ont été enlevés.

Un de ces fragments présente une longueur de deux centimètres et demi ; deux autres un peu moins volumineux ; une dizaine de petites aiguilles osseuses, enfin quelques bouts de membrane d'un aspect fongueux.

Tous ces fragments ayant été lavés à grande eau, on constate une coloration rouge générale du tissu dont les aréoles sont si larges par places qu'elles forment de véritables cavités.

Sur le fragment le plus volumineux, se trouve une membrane molle, jaune grisâtre très adhérente à l'os. Quant aux produits fongueux, ils ont l'aspect de vieille matière cérébrale et paraissent être le résultat d'un commencement d'organisation d'un trajet fistuleux.

OBSERVATION X (1).

Ostéomyélite de l'os iliaque, ouverture de l'articulation coxo-fémorale.

Georges M..., âgé de 6 semaines, se présente le 13 juin 1879, à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Antécédents. — Mère et parents de la mère bien portants. Santé bonne également du côté du père.

L'enfant a un frère de 11 ans qui s'est toujours bien porté.

L'accouchement s'est fait sans aucun incident et même avec une assez grande facilité.

Au dire de la mère et de la sage-femme, l'enfant, après sa naissance, remuait facilement bras et jambes, ne paraissant nullement souffrir, et ayant de tout point l'apparence d'un nouveau-né vigoureux et bien constitué.

Tout alla bien pendant les cinq premières semaines, quand tout à coup, sans chute ni aucune autre cause saisissable, huit jours avant qu'il nous soit amené, l'enfant s'est mis à pleurer presque continuellement et il a présenté de la constipation.

1. Tirée de la thèse Fleury, d'après Lannelongue.

tion. Le lendemain la mère s'apercevait qu'il remuait difficilement le membre inférieur gauche.

En le démaillottant, elle aperçut un gonflement considérable au niveau de la fesse du même côté : la moindre pression augmentait les cris de l'enfant qui paraissait beaucoup souffrir. La mère affirme qu'il n'y avait pas de changement de couleur de la peau, pas la moindre rougeur inflammatoire, mais un simple gonflement. La peau était chaude, et, au dire de la mère, grande était la fièvre.

Un médecin aussitôt mandé, conseille des bains de tilleul, des onctions d'onguent napolitain et des cataplasmes.

Les jours suivants le gonflement augmenta peu à peu, la peau devint rouge l'état général de l'enfant resta le même, toutefois, il ne cessait de prendre le sein.

La constipation cessa peu à peu, et aujourd'hui, le ventre est assez libre. La mère prétend que depuis deux ou trois jours la fièvre est moins forte.

13 juin état actuel. — Aujourd'hui, huit jours après le début, nous constatons un assez volumineux abcès sous-péritonéique dans la fosse iliaque externe. Cet abcès difficile à sentir à cause de l'épaisseur des parties molles se traduit par un empatement considérable, un gonflement de toute la région, et une fluctuation profonde.

On pratique une incision transversale qui traverse une grande épaisseur de tissus et l'on arrive sur la collection purulente.

En mettant le doigt dans le fond de l'incision, on rencontre l'os iliaque dénudé.

Cette dénudation existe sur le pourtour du sourcil cotyloïdien en arrière de ce sourcil.

La capsule de l'articulation coxo-fémorale est détruite, et les manœuvres de l'exploration faisant tomber sur l'articulation ouverte, on sent sous le doigt la tête du fémur.

Le 14. — Le lendemain il sort une assez grande quantité de pus par la plaie. On y place un drain.

Le petit malade ne refuse pas le sein, mais l'appréciation de son état général reste difficile à cause de son bas âge.

Le 16. — Deux jours après, même état. La mère affirme cependant qu'il y aurait moins de fièvre.

N. B. — Cette observation s'arrête malheureusement ici, et l'on n'a pu savoir ce qu'est devenu l'enfant.

OBSERVATION XI (1)

Ostéite aiguë de l'ilium, fistules stercorales. Mort.

Enfant de 14 ans, prend à la suite d'un traumatisme une ostéite de la partie postérieure de l'ilium. Des abcès multiples se forment à l'aîne et à la région fessière et sont incisés au bistouri. Invasion de l'articulation sacro-iliaque, formation de fistules stercorales.

Décubitus dorsal. Pleurésie purulente. Mort huit semaines après le début. A l'autopsie on trouve l'os iliaque dénudé jusqu'à la symphyse; une disjonction de l'articulation iléo-sacrée, et une perforation au niveau du coule du côlon gauche.

1. Zwicke. *Charité annalen*, Berlin, 1882, VII, p. 539.

OBSERVATION XII (1)

Ostéomyélite de l'os iliaque. Arthrite coxo-fémorale consécutive.

La nommée J... (Constance) âgée de 12 ans entre le 24 octobre 1885, salle Giraldès, lit n° 8 dans le service du Dr Lannelongue.

L'enfant arrive dans un état d'émaciation considérable et présente des déformations très marquées des membres inférieurs avec impossibilité de marcher, suppuration de la hanche gauche, enfin, un ensemble de phénomènes rappelant le tableau clinique de la coxalgie.

On observe, en effet, à un premier examen, que la hanche gauche très déformée, est en flexion, abduction et rotation externe à un degré très avancé et que les mouvements communiqués à cette jointure sont très limités et très douloureux. De plus, le genou de ce côté est fléchi à angle aigu, présente un peu de laxité articulaire et quelques craquements dans les mouvements communiqués.

Enfin, le membre inférieur offre aussi un peu de flexion et une certaine raideur, de plus les mouvements imprimés à la hanche de ce même côté droit s'accompagnent de douleurs, mais ces phénomènes sont beaucoup moins accusés que du côté opposé et disparaissent quelques jours plus tard. Il reste bien une saillie notable du grand trochanter, mais elle paraît due à l'inclinaison du bassin sur le côté gauche.

Malgré l'aspect anormal que donnaient à cette coxalgie les craquements articulaires ressemblant assez à ceux de l'arthrite sèche, l'existence de quelques manifestations à distan

ce et fugaces dans le côté opposé, et aussi la marche rapide de l'affection dont la petite malade portait le début à trois mois, le diagnostic de coxalgie avait pour lui la coexistence de manifestations tuberculeuses, cavernes aux deux sommets, cicatrice d'abcès à l'angle gauche de la mâchoire, engorgement des ganglions cruraux des deux côtés, état général cachectique.

Mais la connaissance du mode de début de l'affection d'après les renseignements précis qui nous sont fournis par la mère fait rejeter l'idée de coxalgie et montre qu'il s'agit d'ostéomyélite. En effet la mère confirme que la maladie date seulement de trois mois.

Avant cette date, l'enfant marchait sans hésiter ni souffrir aucunement. A cette époque, elle reçut un violent coup de pied dans le côté gauche et environ 15 jours après ce traumatisme elle fut prise d'une douleur vive, presque subite dans la hanche gauche, douleur rendant tout mouvement impossible et nécessitant le séjour au lit. En outre, fièvre intense et délire. Pendant ce temps un abcès se forme au niveau de la hanche malade : il fut incisé et l'ouverture est restée fistuleuse. Peu à peu la maladie dépouillait tout caractère d'acuité, mais la persistance des altérations locales et l'aggravation de l'état général déterminèrent les parents à transporter l'enfant à l'hôpital le 24 octobre 1885.

Plus tard (20 novembre), on observe l'état suivant : dans l'attitude habituelle, le décubitus se fait sur la fesse gauche, la hanche est en flexion, abduction et rotation externe. Le genou est fléchi à angle aigu. Dans cette attitude vicieuse, la saillie du grand trochanter est repoussée en arrière : elle se trouve au-dessous de la ligne qui réunit l'épine iliaque

antéro-supérieure et la tubérosité ischiatique, à 12 centimètres de la première, à 11 de la seconde de ces éminences. La tête fémorale est en luxation ischiatique, mais elle ne peut être bien sentie au palper, soit à cause de la grande douleur que provoquent les tentatives de mouvements communiqués, l'enfant n'étant pas endormie.

La palpation détermine de la douleur, principalement sur la fesse en arrière du grand trochanter et au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la partie voisine de la crête iliaque qui est épaissie, tuméfiée et comme hyperostosée. Un peu au-dessous et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure s'ouvre un trajet fistuleux d'où s'écoule une suppuration abondante : un stylet introduit par l'orifice s'engage au milieu de fongosités molles.

En avant la pression est douloureuse sous l'arcade crurale et la palpation fait reconnaître les ganglions tuméfiés dans le pli inguinal. L'exploration de la fosse inguinale reste négative. Ajoutons que le genou gauche fléchi, comme nous l'avons dit, ne peut être redressé complètement, maintenant qu'il est par les tendons de la partie interne du creux poplité qui sont tendus comme des cordes.

Quant à l'état général, il est très altéré ; amaigrissement, teint pâle, peau sèche et rugueuse, l'enfant tousse, mange peu et a parfois la diarrhée.

Janvier 1886. — La fistule de la hanche persiste, mais l'état général s'améliore, lentement, il est vrai car il y a toujours des craquements humides et du gargouillement aux sommets.

6 février. — L'auscultation des sommets révèle une amélioration notable.

Le 11. — L'enfant tousse beaucoup moins fréquemment, l'appétit revient.

5 mai. — L'amélioration a continué pendant le mois précédent.

M. Lannelongue pratique un nouvel examen, il constate une hyperostose considérable de l'os iliaque. L'anesthésie par le chloroforme lui permet de reconnaître que la hanche est saine et qu'il y a seulement rétraction des muscles s'insérant à l'épine iliaque (tenseur du *fascia lata*, couturier, droit antérieur).

L'affection paraît donc bien être une ostéomyélite de l'os iliaque. Le redressement est tenté après section des muscles rétractés, il corrige de plusieurs degrés l'attitude vicieuse du membre.

OBSERVATION XIII (1)

Périostite phlegmoneuse diffuse de l'os iliaque droit, de l'extrémité supérieure du fémur droit et de l'extrémité inférieure du premier métacarpien gauche. **Abstention. Mort.**

P..., 14 ans, entre le 12 mai 1879, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

Le 8 mai, étant à son travail, il est pris sans cause connue de douleurs très vives dans l'aîne. Il rentre chez lui et se couche. Pendant la soirée, il ressent de légers frissons. Insomnie. Epistaxis.

Au moment de son admission, son affection est prise pour un rhumatisme articulaire aigu. Symptômes généraux graves.

La douleur initiale au niveau de l'aîne droite et les dou-

1. Louis Dubar. *Présentation à la Société anatomique*, 1880.

leurs qu'accuse le malade dans différents points du squelette attirent notre attention du côté des jointures. Il est difficile de communiquer des mouvements aux articulations coxo-fémorales. La droite est particulièrement douloureuse. Il existe de ce côté, au-dessus du grand trochanter, jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, une légère tuméfaction sans œdème ni changement de couleur à la peau. Dans le même point nous remarquons un réseau veineux superficiel constitué par quelques veines dilatées. La pression sur l'épine iliaque antéro-supérieure n'est pas douloureuse. Cette pression est, au contraire, difficilement supportée au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure et du grand trochanter droit. Pas de trace de fluctuation en ces points.

Douleurs dans les mouvements et à la pression des articulations fémoro-tibiales et du premier métacarpien gauche.

Température : 40°. Pouls : 120.

L'épistaxis, la céphalalgie, la douleur dans la fosse iliaque font songer au développement possible d'une fièvre typhoïde.

Mais l'absence d'hébétude et de diarrhée, l'existence de douleurs au niveau des jointures font rejeter cette idée.

Le diagnostic reste en suspens jusqu'au dernier jour où l'apparition d'œdème et de rougeur au niveau de l'articulation démontre l'existence d'une affection périostique.

Abstention. — Mort le 5 mai.

Autopsie. — Dans la fosse iliaque droite, le périoste est tendu et soulevé dans toute l'étendue de cette cavité par un pus rougeâtre assez épais. La collection purulente contourne l'épine iliaque antéro-inférieure et vient décoller le sourcil cotyloïdien. La synoviale a résisté ; elle est un peu épaissie et vascularisée.

Les mailles du tissu osseux dans toute l'étendue de la fosse iliaque et dans toute l'épaisseur de l'os sont infiltrées de pus jaunâtre. Au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, dans un rayon de 6 centimètres, l'os est complètement baigné par le pus.

On trouve encore une infiltration purulente au niveau de l'extrémité inférieure du premier métacarpien gauche.

OBSERVATION XIV

Ostéotomyélite de l'os iliaque et du pubis.

Le nommé L... (Jean-Baptiste) âgé de huit ans, entre le 23 décembre 1885, salle Denonvilliers, lit n° 45, dans le service du Docteur Lannelongue.

Le père de cet enfant est mort de tuberculose depuis un an après avoir été malade pendant cinq ans.

La mère, bien portante, a fait cependant deux fausses couches et a eu deux enfants morts en bas-âge, il lui reste cet enfant malade qui est l'aîné et une fillette qui serait atteinte « d'eczéma ».

L'enfant n'avait jamais été indisposé, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital, il vint à tomber à l'école, il put aisément se relever et marcher, mais ne tarda pas à souffrir de sa hanche. Forcé même de se coucher, il fut aussitôt pris de fièvre vive avec insomnie, mais sans délire ni symptômes généraux graves.

Au moment de son entrée, le petit malade est en proie à une fièvre vive intense, les pommettes sont rouges, la langue rouge à la pointe et sur les bords, dans le reste de son étendue.

1. Tirée de la thèse de Fleury, d'après M. Lannelongue.

due légèrement saburrale et sèche. Il se plaint de douleurs généralisées ; il est impossible de le faire asseoir complètement dans son lit ; le moindre attouchement réveille une vive sensibilité.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur, mais à la base du poumon droit, submatité, quelques râles disséminés et diminution de l'intensité du murmure respiratoire.

Toute la racine du membre inférieur droit est le siège d'un gonflement régulier ; la peau est tendue, sillonnée par un réseau veineux surtout accusé en dehors, au niveau de la fosse iliaque externe. Le pli de l'aine est entièrement effacé par le gonflement ; il existe à ce niveau une rougeur en forme de bande transversale embrassant la moitié antéro-externe de la racine de la cuisse, immédiatement au-dessous du pli inguinal. Elle s'arrête nettement au niveau des adducteurs en dedans et se perd en dehors en s'étendant sur la région trochantérienne.

Toute la partie malade est empâtée et gardée assez facilement l'empreinte des doigts, surtout vers l'épine iliaque antéro-supérieure.

La recherche de la douleur est assez difficile en raison de l'hypéresthésie générale du malade. Cependant on arrive à déterminer un point de douleur maximum par la pression sur l'épine iliaque supérieure. La pression de la branche descendante du pubis est également très douloureuse.

Enfin, il faut noter une douleur, probablement par retentissement, à la pression du grand trochanter et à celle du col du fémur.

24 décembre. — Le lendemain de son entrée, la température du matin est de 40°. On pratique une incision, parallèle

à la crête iliaque, de la peau et des insertions du muscle fessier. On donne issue à une grande quantité de pus. L'exploration de la plaie montre qu'il existe une vaste cavité qui s'étend en arrière jusqu'à l'épine iliaque postérieure et en bas sur le grand trochanter. La trépanation de l'os iliaque au-dessous de l'épine ne donne pas de pus. Pansement humide. Quelques heures après l'opération la température est tombée à 38°4.

Le 28. — En faisant le pansement, on remarque une légère rotation en dehors avec légère abduction et un point très douloureux au niveau de l'insertion des adducteurs.

Température du matin : 37°5. Température du soir : 39°.

Le 30. — La tuméfaction de la racine du membre a diminué d'une façon générale, mais il existe en dedans des vaisseaux fémoraux, au niveau de l'insertion des adducteurs, une tuméfaction très douloureuse à la pression et présentant manifestement une fluctuation profonde. D'ailleurs la première opération est restée insuffisante ; la fièvre persiste. 39,5 ce soir, bien que l'état général se soit fort amélioré. L'appétit est diminué.

Le 31. — Incision de l'abcès constaté la veille. On pénètre. entre les adducteurs, dans une vaste cavité au fond de laquelle on perçoit nettement le petit trochanter. A sa partie supérieure, le doigt rencontre le col du fémur ; mais nulle part il n'est possible de sentir une portion d'os dénudée.

Depuis, la fièvre diminue progressivement, l'appétit revint et l'état général s'améliora rapidement.

Quinze jours après la dernière incision, on supprime tout pansement.

OBSERVATION XV (1)

Ostéomyélite de l'os iliaque.

Fillette de 7 à 8 ans. L'affection fut prise d'abord pour une coxalgie à forme aiguë. Elle présenta bientôt une collection purulente à la partie supérieure de la fesse droite et en même temps, une autre collection qui descendait jusque dans la partie supérieure de la cuisse.

Après l'ouverture du foyer, M. Lannelongue trouve sous la crête iliaque une perforation de l'os dans laquelle le doigt pénétrant pouvait aller jusque dans la fosse iliaque interne.

Le drainage et les pansements antiseptiques déterminèrent bientôt la guérison.

L'articulation coxo-fémorale était saine.

OBSERVATION XVI (2).

Ostéite inférieure intra-cotyloïdienne. Ostéomyélite bipolaire du tibia à la suite d'un phlegmon diffus du sein. Mort.

Marie D..., âgée de 1 mois entre le 18 juin à la Charité de Lyon.

Elle présente au sein gauche un abcès phlegmonneux qui a paru depuis quatre jours, on l'incise, et la fièvre qui était intense diminue.

Le 21. — Abcès au sein droit la fièvre persiste même après l'incision.

Le 24. — La cuisse gauche est fléchie sur le bassin qui est entraîné dans les mouvements du membre inférieur ; les

1. Thèse de Fleury.

2. Thèse de Goullioud, Lyon, 1883.

mouvements sont douloureux. Cependant, pas de chaleur, pas de tuméfaction locale.

Cedème de la jambe droite et abcès à son extrémité inférieure sur la face interne du tibia.

Le 4 juillet. — Nouvel abcès sur la face interne du tibia droit, à son extrémité supérieure.

Incisions jusqu'à l'os.

Les symptômes du côté de la hanche ne se sont pas modifiés; la cuisse reste fléchie sur le bassin; les mouvements communiqués sont douloureux et montrent une immobilité non absolue de l'articulation. Ni cedème ni rougeur.

Mort le 5 juillet.

Autopsie. — Le 6. — Du côté de la hanche malade, on trouve dans l'articulation une cuillerée de pus; la tête fémorale est absolument saine, recouverte de son cartilage. La cavité cotyloïde présente le même aspect normal, excepté en un point situé à la jonction des parties du pubis et de l'ilium qui prennent part à la formation du cotyle. A ce niveau, le cartilage est rompu, décollé. Au-dessous, petite cavité du volume d'un pois, pleine de pus et correspondant à un point osseux dénudé du pubis. A son pourtour, teinte rouillée du cartilage. Pas d'abcès pelvien.

Ostéite bi-polaire du tibia droit.

Pas d'abcès viscéraux.

OBSERVATION XVII (1).

Ostéomyélite de la crête de l'os iliaque. Trépanation. Guérison.

Garçon de 16 ans. Examiné dès le début par les Drs Fer-

1. Thèse de Fleury.

raud et Meusnier, de Blois, il présentait des phénomènes de fièvre typhoïde grave. Après deux ou trois jours apparut à la fesse droite un phlegmon profond. Les médecins eurent alors la pensée qu'il s'agissait d'une affection grave de l'os iliaque droit, sensibilité surtout prononcée sur la crête de l'os, dont la pression éveille des douleurs très vives. Dans la fosse iliaque interne empâtement qui fit croire à un abcès sous-périostique, engorgement caractéristique des parties molles à ce niveau. L'articulation coxo-fémorale était saine.

L'abcès fut ouvert par une grande incision à travers les muscles. On trouva l'os iliaque dénudé à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la crête iliaque, et dans une grande étendue. On y porta le perforateur et une nouvelle collection purulente interne fut ouverte. Drainage et pansement antiseptique.

Guérison complète en deux ou trois semaines, sans élimination de séquestres. C'était en 1884. L'enfant, revu deux ans après, en 1886, était dans un très bon état de santé.

OBSERVATION XVIII (1).

Périostite phlegmoneuse de l'ischion. Ablation d'un séquestre. — Guérison.

Foulon (Auguste), âgé de 6 ans, entre à l'hôpital le 6 février.

A ce moment, il avait au périnée une tumeur du volume d'un œuf de pigeon; molle, fluctuante, recouverte par la peau qui était rouge et chaude. Il s'agissait là d'un abcès enkysté de la région moyenne du périnée. Une incision, pra-

1. Giraldès, *mal. chirurg. des enf.*, 1869, p. 780.

tiquée quelques jours après l'admission ayant permis de vider la poche, nous pûmes constater par l'introduction du doigt dans la plaie, que la branche montante de l'ischion était dénudée.

En raison de l'apparition rapide de l'abcès, nous pensâmes que la dénudation de l'os, la nécrose était due à une périostite phlegmoneuse circonscrite.

Après l'ouverture de l'abcès, la plaie, loin de diminuer, s'agrandit et prend une physionomie peu satisfaisante. Cela tient à la présence d'un os nécrosé et à une influence spéciale de l'âge. Chez cet enfant, l'ischion et le pubis n'étant pas tout à fait ossifiés, il en résulte que la portion nécrosée mobile, flottante, irrite la plaie à la manière d'un corps étranger. De là, cette suppuration continue.

On extrait le séquestre.

Les fragments formaient ensemble une masse de 3 centimètres de longueur environ. Pendant quelque temps on a fait des injections iodées, puis on a badigeonné la plaie avec une solution de nitrate d'argent.

Au bout d'un mois, on ne sentait plus l'ischion ; et la cicatrisation des parties molles se faisait, quoique avec lenteur.

CONCLUSIONS

1° Les symptômes les plus fréquents de l'ostéomyélite de la face externe de l'os coxal, variété de beaucoup la plus habituelle, sont : la *douleur* profonde, fixe, exaspérée par la pression, la *chaleur*, la *rougeur*, l'existence d'un *laciis veineux* cutané, enfin, la *tuméfaction* s'accompagnant de fluctuation ou tout au moins d'empâtement profond.

2° Les principales formes de l'ostéomyélite de l'os coxal autres que la forme précédente varient surtout suivant la marche : (formes suraiguë, subaiguë et chronique), et suivant le siège ; (face externe, face interne, ischion, pubis).

3° Les principales complications à redouter sont : les foyers secondaires d'ostéomyélite, les arthrites purulentes, la phlébite des veines iliaques, et l'infection purulente.

4° Le diagnostic de l'ostéomyélite de l'os coxal sera le plus souvent facile, cependant le phlegmon profond de la fesse, la coxalgie, la sacro-coxalgie, les abcès par congestion passant par l'échancrure sciatique pourront par quelques points prêter à confusion avec l'ostéomyélite de la *face externe* de l'os coxal ; l'appendicite et la psoïte pourront quelquefois ressembler à l'ostéomyélite de la

face interne, quant à l'ostéosarcôme, il simule surtout les ostéomyélites à formes subaiguës ou chroniques.

5° Le pronostic est grave dans les formes suraiguës et aiguës, et surtout dans les cas d'ostéomyélite de la face interne : cependant, grâce aux interventions hâtives, la terminaison fatale est relativement rare. Elle doit être la très grande exception dans l'ostéomyélite de la face externe, et nous trouvons que Fleury dans sa thèse a un peu assombri le pronostic en disant que l'ostéomyélite de l'os coxal aurait une terminaison fatale dans plus d'un tiers des cas.

Vu : le Président de la thèse,

CORNIL

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Chassaignac.** — Mémoire sur l'ostéomyélite. Gazette médicale, 1854, p. 505.
- Giraldès.** — Maladies chirurgicales des enfants, 1869, p. 780.
- Sézary.** — Th. de Paris, 1870.
- Lannelongue.** — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, mémoire présenté à l'Académie de médecine le 28 mars 1878.
- Communication et discussion sur l'ostéomyélite. Bull. de la soc. de chirurgie, 1879.
 - De l'ostéomyélite chronique ou prolongée. Arch. gén. de méd., sept., oct. nov., 1879.
- Dubar.** — Périostite phlegmoneuse diffuse de l'os iliaque droit. Progrès médical, 1880, VIII, p. 51.
- Lagrange.** — Des abcès osseux consécutifs à l'ostéomyélite des adolescents. Th. de Paris, 1880.
- Pion.** — De l'intervention chirurgicale dans l'ostéomyélite. Th. de Paris, 1880.
- Weiss.** — Th. de Paris, 1880.
- Trélat.** — Ostéomyélite de l'os iliaque. Journal des conn. med. pratiques; 1882.
- Guy Gouilloud.** — Thèse de Paris, 1883.

- Terrillon.** — Sem. méd. 15 mars 1884.
— Bull. de la soc. de chir., nov. 1889.
- Secheyron.** — Arch. gén. de med. 1887, t. 1, p. 54.
- Fleury.** — Thèse de Paris, 1886.
- Lougnon.** — Ostéomyélites de croissance, hydarthroses consécutives. Thèse de Paris, 1885.
- Deschiens.** — Diagnostic entre l'ostéomyélite insidieuse de Trélat et l'ostéosarcôme du fémur. Thèse de Paris, 1887.
- Demoulins.** — Ostéomyélites chroniques, diagnostic avec les ostéosarcômes. Th. de Paris, 1888.
- Tournadour.** — Ostéomyélites de la colonne vertébrale, pathogénie et traitement. Th. de Paris, 1890.
- Mauny.** — Bulletin médical, 1890.
- Lautier.** — Complications articul. de l'ostéomyélite chez l'adulte. Th. de Paris, 1892.
- Robert.** — L'ostéosarcôme de l'os iliaque. Th. de Paris, 1900.
- Le Dentu et Delbet.** — Traité de chirurgie.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Zwicke.** — Charité Annalen. Berlin, 1882. VII, p. 539.

